

避難行動要支援者個別避難計画書

佐賀市長 様

私は、個別避難計画書を作成し、その内容を避難行動要支援者名簿に登録します。
また、避難行動要支援者名簿の情報を地域関係者（民生委員・児童委員、自治会、社会福祉協議会等）に平常時から提供することに同意します。

※この計画書の提出により全ての情報記載内容の提供に同意されたとみなします。

令和 年 月 日

（申請者本人が申請する場合）

（代理人が申請する場合）

氏名 _____

氏名 _____（間柄 _____）

わたしの情報

ふりがな			生 年 月 日	性 別
氏 名			年 月 日	
住 所	佐賀市			
連絡先	自宅電話	携帯電話	ファックス	
世帯の状況 *該当する□に✓ してください。	☐ 一人暮らし ☐ 65歳以上のみの世帯 ※65歳以上のみの2人以上の世帯 ☐ その他世帯 ※上記以外の世帯			
身体等の状態 *該当する□に✓及び ()に区分等を 記入ください。	☐ 身体障がい（手帳：肢体____級、視覚____級、聴覚____級） ☐ 知的障がい（手帳 ____） ☐ 精神障がい（手帳____級） ☐ 要介護（要介護度：____） ☐ 難病 ☐ その他（ _____ ）			
避難支援の程度	☐ 自力で避難できるが、避難指示等の情報を教えてほしい ☐ 寝たきり等で自力避難が困難なので、避難時に手助けがほしい ☐ その他（ _____ ）			

〈裏面も必ずご記入ください〉

利用者番号：

避難先・避難方法	(例)災害時に協力してくれる〇〇さんと車で△△避難所に避難する。				
緊急連絡先 (あなた以外の連絡先)	①	氏名	(間柄)	連絡先	
	②	氏名	(間柄)	連絡先	
避難支援員 *記入は避難支援員に 同意を得てから 書いてください。	①	氏名	(間柄)	できること ☐ 高齢者等避難など情報伝達 ☐ 避難しているかの確認 ☐ 避難先と一緒にいく ☐ その他()	
		連絡先			
		住所			
地域関係者	民生委員			自治会	
特記事項 *現在、利用中のものを 書いてください。	治療中の病気やケガ あり 傷病名 ()・なし				
	かかりつけの医療機関 医療機関名： ()			連絡先 電話番号： ()	
	介護事業所及びケアマネージャー 事業所名： () ケアマネージャーの名前： ()			連絡先 電話番号： ()	
	障害福祉サービス事業所及び相談 支援専門員 事業所名： () 相談支援専門員の名前： ()			連絡先 電話番号： ()	
備考					

