

別紙③（表）

個別避難計画

年 月 日作成

フリガナ			性別	
氏名			生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)
住所				
電話（FAX）	自宅	携帯	FAX	
メールアドレス				
同居人の有無	有（ 人） 無	家族構成など	(日中独居・夜間独居)	

※情報を提供することについて同意を得た上で記入してください。

緊急時の連絡先①			
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所			
連絡先			

緊急時の連絡先②			
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所			
連絡先			

避難の手助けをする方（避難支援等実施者）①			
フリガナ			
氏名	(団体名及び代表者でも可)		
住所・所在			
連絡先			

避難の手助けをする方（避難支援等実施者）②			
フリガナ			
氏名	(団体名及び代表者でも可)		
住所・所在			
連絡先			

※避難支援等実施者による災害時の避難支援を保証するものではありません。

また、避難支援等実施者は、避難支援について法的な責任や義務を負うものではありません。

定期的に利用している医療機関や介護・障害福祉事業所の連絡先	名称：	電話：	備考
	名称：	電話：	備考
	名称：	電話：	備考

避難の時に持っていくもの			
<input type="checkbox"/> 薬、お薬手帳	<input type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 入れ歯
<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> シルバーカー	
<input type="checkbox"/> その他（			

