**田　舎　館　村　個　別　避　難　計　画**

作成日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難行動要支援者 | 住　　所 | 〒　田舎館村大字 | 電　　話 |  |
| F A X |  |
| 携帯電話 |  |
| ふりがな |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 氏　　名 |  | 生年月日 | 西暦・大正 | 　年　月　日 |
| 昭和・平成 |
| 性　　別 | 男　・　女 |
| 避難支援等を必要とする事由 | □一人暮らし高齢者　　□身体障害（1級・2級）　□要介護認定（3・4・5）□高齢者のみの世帯　　□知的障害（A）　　　　　□難病□日中（夜間）独居　　□精神障害（１級）　　　　□その他（　　　） |
| 避難時に配慮しなくてはならない事項 | □手帳所持【障害名　　　　　　　　　　　　　　】□医療機器の装着等をしている□立つことや歩行ができない　　　　□物が聞こえない（聞き取りにくい）□物が見えない（見えにくい）　　　□言葉や文字の理解がむずかしい□危険なことを判断できない　　　　□顔を見ても知人や家族とわからない□その他【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 |
| 特記事項自宅で想定されるハザード状況・常備薬の有無等 |  |
| 家族構成 |  | 見取り図（普段いる部屋、寝室の位置等） |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の連絡先 | 住　　所 |  | 連絡先 | 電　話 |  |
| ふりがな |  | 本人との関係 | その他 |  |
| 氏　　名 |  |  |
| 住　　所 |  | 連絡先 | 電　話 |  |
| ふりがな |  | 本人との関係 | その他 |  |
| 氏　　名 |  |  |

|  |
| --- |
| 上記避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認すると共に、関係機関に報告することを了承します。　　　□本人または代筆者氏名　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 代筆者の場合、本人との関係　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |