|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **① 避難行動要支援者基本情報** | | | | | | | | |
| フリガナ |  | | | 性　別 | 男・女 | 生年月日 | （明・大・昭・平・令）    　　年　　　月　　　日 | |
| 氏　名 |  | | |
| 住　所  又　は  居　所 | 〒 | | | | | | | |
| 電　話  その他  連絡先 | (電話) | | | | (FAX) | | | |
| (携帯) | | | | (Mail) | | | |
| 支援が  必要な  事　由 |  | | | | | | | |
| 自力避難が困難な理由 | | * 介護保険制度による要介護状態区分が要介護3～5に認定 | | | | | | | |
| * 身体障がい者手帳1・2級の第1種を所持（心臓・じん臓機能障害のみ以外） | | | | | | | |
| * 療育手帳Aを所持 | | | | | | | |
| * 精神障がい者保健福祉手帳1級を所持 | | | | | | | |
| * 75歳以上の一人暮らしで、かつ、災害時の自力避難に不安がある | | | | | | | |
| * その他（避難支援等に関し町長が必要と認める事項　※歩行介助等） | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏　名 | | 続柄 | 住　所 | | | | 連絡先 |
|  | |  |  | | | | ℡  携帯 |
|  | |  |  | | | | ℡  携帯 |
| 家族状況 | 昼間 | 人（本人含む）　構成（本人　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 夜間 | 人（本人含む）　構成（本人　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 配慮事項 | 医療 | 1.人工透析　　2.人工呼吸器　　3.酸素療法　　4.インシュリン療法 | | | | | | |
| 食事 | 1.普通食　　　2.流動食　　　　3.経管栄養 | | | | | | |
| 排泄 | 1.自立　　　　2.おむつ使用　　3.ストマ使用（便・尿） | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **② 援助者** | | | |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
| 連絡先 | ℡　　　　　　　　　　携帯 |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
| 連絡先 | ℡　　　　　　　　　　携帯 |
| 氏　名 |  | 住　所 |  |
| 連絡先 |  |

|  |
| --- |
| **③ 避難計画** |
| 一時集合場所（指定緊急避難場所） |
| 地震・津波：　　　　　　　　　　　　　　洪水・土砂災害： |
| 指定避難所 |
|  |
| 避難時・避難所での特記事項（地図を記載、添付でも可） |
|  |