

日南市避難行動要援護者避難支援計画(個別支援計画)

日南市長 様

私は、日南市災害時要援護者避難支援計画の趣旨を踏まえ、避難に係る個別支援計画を作成することを希望します。
また、次の事項について同意します。

1. 要援護者として、市の登録を受けること。

2. 届け出た私の個人情報、避難支援のために、次の組織、団体等に提供されること。

- ①日南市 ②自主防災組織 ③自治会 ④民生委員・児童委員 ⑤社会福祉協議会 ⑥消防団 ⑦警察署 ⑧支援協力者
⑨保健所

提出日 平成 年 月 日

フリガナ				民生委員・児童委員		
氏名	印	氏名		電話番号		
住所	(地区名)					
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日生 (歳)	性別 男 ・ 女	
電話番号等	自宅電話		携帯電話		FAX番号	
災害時要援護者区分	該当する番号に○をつけてください。 1. 要介護認定者(要介護3以上) 2. 障がい者手帳所持者 ※対象等級は、第1章3(1)参照 3. 難病患者 4. ひとり暮らし高齢者(65歳以上) 5. 高齢者(65歳以上)のみ世帯 6. 上記以外で支援を必要とする者		家屋間取り図(寝室、普段いる部屋の場所等)			
同居者の状況	同居者氏名	(続柄)			携帯電話	
	同居者氏名	(続柄)			携帯電話	
緊急時の連絡先	氏名	(本人との関係)			電話番号(携帯電話でも可)	
避難支援者の状況	支援者1	氏名(機関名)	(本人との関係)			電話番号(携帯電話でも可)
		住所	支援方法	情報伝達 ・ 避難誘導		
	支援者2	氏名(機関名)	(本人との関係)			電話番号(携帯電話でも可)
		住所	支援方法	情報伝達 ・ 避難誘導		
	支援者3	氏名(機関名)	(本人との関係)			電話番号(携帯電話でも可)
		住所	支援方法	情報伝達 ・ 避難誘導		
留意事項	病院・医薬品等の情報や情報伝達・避難誘導・避難先で必要な支援等					

※代理申請の場合、代理人は以下に署名・押印してください。

代理人	住所			電話番号	
	氏名	印	自宅		
			携帯		
			(本人との関係)		

