

## 糸魚川市避難行動要支援者申請書(兼個別避難計画書)

住所・氏名等	住所	行政区	班・組	世帯主氏名	自宅電話	
	糸魚川市					
	避難行動要援護者	性別	生年月日	世帯状況、身体状況等		
世帯主との続柄( )	男・女	大昭平令 年 月 日	(該当するものに○をつけてください。) ①世帯状況(・独居 ・高齢世帯 ・その他 ) ②要介護認定(・有 ・無 ) ③障害者手帳等の保持(・有 ・無 )			
緊急連絡先	家族等の連絡先氏名	続柄	住所	自宅電話	勤務先等	勤務先等電話
	1.					
	2.					
	3.					
医療	かかりつけの医療機関( )			受診科目( )		
担当支援員等	事業所:			電話:		
	担当ケアマネ氏名:					
支援内容	緊急避難の時、何を手伝ってほしいですか。(該当番号に○をつけてください。) 1. 視覚、聴覚等の理由で災害情報の把握が困難のため、情報伝達と安否確認のみお願いしたい。 2. 自力歩行や行動が困難のため避難の手助けをお願いしたい。 3. その他(希望を空欄にご記入ください。)					
避難支援者	あなたの周辺に避難を支援してくれる方がいますか。( いる いない ) いる場合はどなたですか 住所 _____ 氏名 _____ 住所 _____ 氏名 _____					
特記事項	担当民生委員児童委員			電話		
	避難先					
	避難方法	避難支援に必要な人数( _____ 人) 用具等( _____ )				
	その他	_____ _____ _____				

糸魚川市長 様

私が届け出た上記個人情報について、市の関係部署や警察署、民生委員児童委員、自治会・自主防災組織、介護等サービス提供事業者などに平常時から情報を提供し、避難のための計画を作成することに同意します。

※個別避難計画は、災害等での避難支援が必ずなされることを保証するものではなく、関係者に法的な責任や義務を負わせるものではありません。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者氏名