

避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）	地区名	No.
<p>西予市長 様</p> <p>下記（裏面を含む。）の記載内容に誤りがないことを確認します。また、記載した個人情報 は、災害時における避難支援とそれに伴う平常時からの声かけのため、西予市、避難支援等関係 者（地域づくり組織・自主防災組織、民生委員・児童委員、消防団、社会福祉協議会）及び近隣 協力員が、情報共有・活用することに同意します。</p> <p>（同意者） 令和 年 月 日</p> <p>住所 電話</p> <p>フリガナ 携帯</p> <p>氏名 メールアドレス</p> <p>（代筆者 / 本人との関係 / 連絡先）</p>		

※変更の場合は、変更箇所のみを朱書きしてください。

民生委員	地域づくり組織名 自主防災組織名	事業所名	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員(ケアマネ)	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員	担当者名	
<input type="checkbox"/> その他（ ）			
避難時に配慮 しなければならない事項 （あてはまる ものすべてに チェック）	<input type="checkbox"/> 立つことや歩くことができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 物が見えない（見えにくい） <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解がむずかしい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他（車いすが必要など、本人の状態や移動手段などの留意事項を記載） []		
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中ひとり <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障がい者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

緊急時の 家族等の 連絡先 ①	フリガナ	続柄	娘
	氏名 (団体名)	携帯	
	住所	電話	
	メールアドレス：		
緊急時の 家族等の 連絡先 ②	フリガナ	続柄	
	氏名 (団体名)	携帯	
	住所	電話	
	メールアドレス：		

住居状況	普段いる部屋	
	寝室の位置	(階) (家の中心から の方角)
特記事項	不在の時の目印	<input type="checkbox"/> 決めている () <input type="checkbox"/> 決めていない
	避難済みの目印	<input type="checkbox"/> 決めている () <input type="checkbox"/> 決めていない

※近隣協力員の（団体名その他区分）欄は、自主防災会員、隣人、組長などの間柄を併記してください。

近隣協力員 ①	フリガナ	
	氏名	
	団体名 その他区分	
	住所	
	電話番号 1	電話番号 2
近隣協力員 ②	フリガナ	
	氏名	
	団体名 その他区分	
	住所	
	電話番号 1	電話番号 2

避難時に携行する 医薬品等	
かかりつけ医療機関	
既往歴	
福祉避難所要否	<input type="checkbox"/> 必要（理由： ） <input type="checkbox"/> 不要

作成日	作成者	備考(変更履歴等)

（注意）この計画は、本人や家族と避難支援等関係者が話し合いで作成し、本人や家族の了承のもとに行います。内容に変更がある場合は、市役所または避難支援等関係者に申し出てください。

指定緊急避難場所 (予定)		指定避難所 (予定)		備考	
避難先での 留意事項					

【避難所等までの経路図】 ※略図又は地図を添付し、避難経路における注意事項を記載してください。