

個別避難計画登録情報確認書 氏名

清須 太郎

(宛先)清須市長

R7年 7月 7日

<input checked="" type="checkbox"/>	登録	私は、下記のとおり個別避難計画の登録を申し出ます。
<input type="checkbox"/>	変更	私は、申出をした個別避難計画登録情報に変更がありましたので下記のとおり届け出ます。

◆個別避難計画登録情報(避難行動要支援者情報)

家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input checked="" type="checkbox"/> 同居者がいる	<input type="checkbox"/> 近隣に親族がいる	
居住建物の建築年	<input type="checkbox"/> 昭和56年以前	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和57年以降	<input type="checkbox"/> 不明	
居住建物の階層	(2)階建ての建物の(1)階で普段過ごしている。			
居住建物の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅(マンション等)		
居住建物の構造	<input checked="" type="checkbox"/> 木造	<input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート	<input type="checkbox"/> その他 ()	
緊急連絡先①	氏名	清須 香	続柄	妻
	住所	清須市須ヶ口1238番地	電話番号	優先 052-400-2911
			携帯番号	優先 090-1234-5678
避難支援等関係者への情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません		
緊急連絡先②	氏名	清須 一郎	続柄	長男
	住所	東京都	電話番号	優先
			携帯番号	優先 080-1234-5678
避難支援等関係者への情報提供	<input checked="" type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません		
利用中の福祉サービス①	名称	在宅介護サービス うるるん	電話番号	052-234-5678
	担当者名	春日 花子	職種	ホームヘルパー
利用中の福祉サービス②	名称	清須市地域包括支援センター	電話番号	052-345-6789
	担当者名	新川 正	職種	ケアマネージャー
主治医	医院名称	清須市民病院		
	医師名	清須 きよ丸	電話番号	052-456-7890
普段飲んでいる薬	○○錠、血圧を下げる薬、インスリン注射 等			
持病等	高血圧、糖尿病			
避難するときに配慮して欲しいこと	動きが遅いため、気をつかってほしい。 耳が遠いため、大声でゆっくり話してほしい。 等			
避難先で配慮して欲しいこと	長時間床に座っていられないため、椅子が必要。 トイレに気をつかってほしい。 等			

◆個別避難計画登録情報(避難支援等実施者情報)

避難支援等 実施者 (地域等) ①	氏名	清須 香	関係性	妻	避難支援内容	
	住所 (団体名)	清須市須ヶ口1238番地				
避難支援等 実施者 (地域等) ②	連絡先	090-1234-5678			<input type="checkbox"/> その他()	
	避難支援等関係者への 情報提供		<input checked="" type="checkbox"/> 同意します		<input type="checkbox"/> 同意しません	
	連絡先				<input type="checkbox"/> その他()	
避難支援等 実施者 (地域等) ②		氏名		関係性	避難支援内容	
		住所 (団体名)	須ヶ口自主防災会			
避難支援等 実施者 (地域等) ②		連絡先				
避難支援等 実施者 (地域等) ②		避難支援等関係者への 情報提供		<input checked="" type="checkbox"/> 同意します		
				<input type="checkbox"/> 同意しません		

◆個別避難計画登録情報(避難先・避難経路)

地震災害時の避難場所	新川小学校
------------	-------

【経路図】



※ 自宅避難の場合は不要です。

風水害時の避難場所	自宅 2階
-----------	-------

【経路図】

※ 自宅避難の場合は不要です。