

避難支援プラン・個別計画

年 月 日

美祢市長 様

私は、災害時要援護者登録制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。
 また、私が届け出た下記の個人情報、災害時の避難支援や情報提供、安否確認のため、市の関係部署や地域の社会福祉協議会、民生委員・児童委員、区長、自主防災組織に提供されることに同意します。

		代理記載及び代理申請	登録者との関係	
			氏名	印
氏 名		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
		男・女	区名	
住 所	〒			
自宅電話		FAX		
携帯電話		メール		
世帯状況	人世帯（構成： ）			
災害時に必要な支援等	※ 避難の際に避難所で不安なことなど記入して下さい。			
かかりつけの 医院等		住所		
		電話		
日常必要な 生活用具・薬等				
緊急時の家 族等連絡先	氏名	(続柄)	住所	
			TEL・携帯	
			メール	
	氏名	(続柄)	住所	
			TEL・携帯	
			メール	
担当民生委員		TEL・携帯		
		TEL・携帯		

避難 支援者	1	氏名	(関係)	住所	
				TEL・携帯	
				メール	
	2	氏名	(関係)	住所	
				TEL・携帯	
				メール	
3	氏名	(関係)	住所		
			TEL・携帯		
			メール		
情報伝達の流れ					
情報伝達の留意事項					
避難時に携帯する医薬品等					
避難誘導時の留意事項					
備 考					
住居の状況					
① (見取り図)					
				②備 考	
予定避難場所	1		2		
連絡先				電話	
				電話	