

大野市避難行動要支援者の避難支援プラン（平成 年度）

大野市長 殿

私は、災害時における避難行動要支援者支援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、私が届け出た下記個人情報を市が自主防災組織又は自治会、消防機関、警察機関、民生委員児童委員、社会福祉協議会に提供することを承諾します。

※ 太枠内は要支援者個人に関する情報です。


承諾者 (要支援者)	住所 大野市 氏名 ㊟	代理人 (家族等)	住所 氏名 ㊟	
自主防災組織		行政区		
民生委員		電話		
福祉委員		電話		
居宅事業所		電話		
要支援者種別	(該当に○又は右に記載) 要介護者 ・ 高齢者のみの世帯 一人暮らし高齢者 ・ 障害者 ・ その他 ()			
郵便番号	〒	電話		
携帯電話		FAX		
性別		生年月日		
家族構成・同居状況等				
緊急時の家族等の連絡先				
氏名		続柄	住所	
			電話	
			携帯電話	
氏名		続柄	住所	
			電話	
			携帯電話	
避難支援者（本人又は代理人（家族等）が、自主防災組織又は自治会と話し合い、支援者において記載してください。2人以上が望ましい。）				
氏名	続柄	住所	電話	

※記入が済みましたら、自主防災組織又は自治会の代表者に提出してください。

支援者に知らせておきたいことや、支援してほしいこと

居住建物の構造 木造・鉄筋・鉄骨 _____ 階建て S・H _____ 年建築

普段いる部屋、寝室の場所

(玄関は△、普段いる部屋は○、寝室は●、2階が寝室の場合は  を表示)

1階

左奥	右奥
左手前	右手前

2階

左奥	右奥
左手前	右手前

正面

避難勧告等の伝達者・問い合わせ先

その他

避難所、避難ルート、危険箇所
(地図)

備考