

帳簿イメージ

令和2年12月

秋田市福祉保健部福祉総務課地域福祉推進室

令和02年度避難支援対象者名簿（町内会・自治会および自主防災組織ごと）

下記の方に対する災害発生時の災害情報の伝達や避難誘導について、特段のご配慮をいただきますようお願い申し上げます。

《町内・自治会名》例）秋田町内会

《自主防災組織名》

フリガナ 氏名	生年月日		住 所	電話番号	対象項目		備考
	年齢	性別			高齢等	障がい等	
アキタ タロウ (例) 秋田 太郎	S07.1.1	88歳 男	山王一丁目1番1号	888-8888	要介護 ひとり暮らし	視覚障害	
0099999999	支援者(氏名・電話)						

◎この名簿は、上記の用途以外には使用できません。

◎名簿の取扱いにあたっては、厳正な情報管理をお願いいたします。

◎この名簿の複写・複製や、パソコン等の機器への取込は厳禁です。

印刷日：令和 02年8月20日

秋田市地域福祉推進室

電話番号 018-888-5661

担当民生委員 民生 太郎

秋田山王
9999

9999

令和02年度避難支援対象者名簿（民生委員用）

下記の方に対する災害発生時の災害情報の伝達や避難誘導について、特段のご配慮をいただきますようお願い申し上げます。

町内・自治会名 自主防災組織名	フリガナ 氏名	生年月日 年齢 性別	住 所 電話番号	対象項目		備考
				高齢等	障がい等	
例) 秋田町内会	アキタ タロウ (例) 秋田 太郎 0099999999	S07.1.1 88歳 男	山王一丁目1番1号 888-8888	要介護ひとり暮らし	視覚障害	
	支援者					

印刷日：令和 02年8月20日 秋田市地域福祉推進室 電話番号 018-888-5661

◎この名簿は、本人又は家族からの同意を得られた方の情報をまとめたものです。

◎この名簿は、上記の用途以外には使用できません。

◎名簿の取扱いにあたっては、厳正な情報管理をお願いいたします。

◎この名簿の複写・複製や、パソコン等の機器への取込は厳禁です。

担当民生委員

民生 太郎

秋田山王

9999

秋田市避難支援対象者名簿（地域福祉推進室）

印刷日：2020年8月20日

No.	整理番号	住民CD	氏名	フリガナ	同意	生年月日	年	性	電話番号	住所	高齢等	障がい・難病	その他	民生委員	民生地区	町CD	町内会名	自主防災
1	0099999999	0099999999	(例) 秋田 太郎	アキタ タロウ	○	1932.1.1	88	男	888-8888	山王一丁目1番1号	要介護3 独高齢	視覚障害		民生 太郎	秋田山王	9999	(例) 秋田町内会	

令和02年度 秋田市災害対策基本条例に基づく要援護者把握用リスト（町内会・自治会および自主防災組織ごと）

本リストは、地域内に居住する、身体的な状況により災害時に支援が必要な方を把握するためのものです。災害時には、安否確認や避難誘導にご活用ください。

本人の同意の有無にかかわらず支援が必要な方の最小限の情報をまとめたリストですので、個人情報の取扱いには十分ご注意ください。

《自治会・町内会》 例) 秋田町内会

《自主防災組織》

民生地区 担当民生委員	整理番号	ヨミガナ 氏 名	住 所	同意	性別	年齢
秋田山王 民生 太郎	0099999999	アキタ タロウ (例) 秋田 太郎	山王一丁目1番1号	○	男	88

◎名簿の対象は、要介護度3～5、肢体不自由下肢・体幹1～2級、視覚障害1級、聴覚障害2級の方です。

◎同意欄に○が付いている方は、「本人の同意に基づく避難支援対象者名簿」にも登録されております。

◎この名簿は、上記の用途以外には使用できません。

◎名簿の取扱いにあたっては、厳正な情報管理をお願いいたします。

◎この名簿の複写・複製や、パソコン等の機器への取込は厳禁です。

秋田市地域福祉推進室

電話番号 018-888-5661

印刷日：令和 02年8月21日

9999

令和02年度 秋田市災害対策基本条例に基づく要援護者把握用リスト（民生委員用）

本リストは、地域内に居住する、身体的な状況により災害時に支援が必要な方を把握するためのものです。災害時には、安否確認や避難誘導にご活用ください。

なお、本人の同意の有無にかかわらず支援が必要な方の最小限の情報をまとめたリストですので、個人情報の取扱いには十分ご注意ください。

町内・自治会名 自主防災組織名	整理番号	ヨミガナ 氏名	住所	同意	性別	年齢
例) 秋田町内会	0099999999	アキタ タロウ (例) 秋田 太郎	山王一丁目1番1号	○	男	88

◎名簿の対象は、要介護度3～5、肢体不自由下肢・体幹1～2級、視覚障害1級、聴覚障害2級の方です。

◎同意欄に○が付いている方は、「本人の同意に基づく避難支援対象者名簿」にも登録されております。

◎この名簿は、上記の用途以外には使用できません。

◎名簿の取扱いにあたっては、厳正な情報管理をお願いいたします。

◎この名簿の複写・複製や、パソコン等の機器への取込は厳禁です。

秋田市地域福祉推進室
電話番号 018-888-5661

担当民生委員 民生 太郎

印刷日： 令和 02年8月21日
9999

さんの災害時における避難支援

～秋田市個別避難支援プラン～



町 内 会

自主防災組織

民生委員

住 所			(電 話)		
			(FAX)		
			(携 帯)		
フリガナ お名前		性 別		年 齢	歳
生年月日	年	月	日	血液型	型 (RH)
			支援対象の種別		
日中 (本人および 家族の状況)			夜間 (本人および 家族の状況)		

自宅付近の一時的な避難場所	指定の避難場所等	
	避難場所 (グラウンド・ 公園等)	
避難所までの行き方、移送方法等	避難施設 (コミセン・ 学校等)	

【災害が起こった時に声かけや避難所までの付き添いをお手伝いしてくれる方】

私(お手伝いしてくれる方)の氏名・電話番号等の情報を地域の方(町内会・自主防災組織・民生委員)に提供することを同意します。

お名前		関 係	
住 所	秋田市	電 話	()
お名前		関 係	
住 所	秋田市	電 話	()
お名前		関 係	
住 所	秋田市	電 話	()

(宛先) 秋田市長

私は、秋田市個別避難支援プラン(この用紙。裏面も含む)を作成することに同意します。
また、私が届け出た個人情報を市の福祉部門、防災部門と避難支援者へ提供することを承諾します。

年 月 日

(お名前)

印

代理記載者のお名前 ※代理の方が記入した場合	お名前	本人との関係	
	住 所	連絡先	

【安心キットの設置状況】有 ・ 無 **【避難時の留意事項】**

必要な薬・介護用品など	
情報伝達する際に注意することなど	
継続が必要な医療や福祉サービスなど	
必要な支援など	
その他特記事項	

【緊急時の連絡先（別居の家族など）】

フリガナ お名前	(関係)	住 所	
		連絡先	()
フリガナ お名前	(関係)	住 所	
		連絡先	()

【かかりつけの医療機関などの連絡先】

かかりつけの医療機関	住所	
	電話	()
かかりつけの医療機関	住所	
	電話	()
担当ケアマネジャー（事業所・氏名）	住所	
	電話	()
	住所	
	電話	()
	住所	
	電話	()

※この避難支援プランについてのお問合せは・・・ 秋田市地域福祉推進室 電話018-888-5661
FAX018-888-5658