

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)		
			(F A X)		
			(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 (R H)	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	()

(あて先) 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。

令和 年 月 日

(お名前)



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い合わせは …… 秋田市地域福祉推進室 電話018-888-5661
メールcomwel@city.akita.lg.jp