

※以下の欄は、わかる範囲でご記入ください。

※避難支援者は、すぐに駆けつけることができる近隣住民の方などが望ましく、ご本人の了解を得てご記入ください。(避難支援者は2名以上が必要です。) なお、避難支援者が選定できなくても、台帳にはご登録いただけます。  
 ※ 該当する□に✓印をしてください。

2. 避難支援者

|   |                      |            |              |   |
|---|----------------------|------------|--------------|---|
| ① | (ふりがな)<br>氏名<br>生年月日 | ( 年 月 日生)  | 関係           | <input type="checkbox"/> 近隣者<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|   | 住所                   | 〒 ー<br>八幡市 | 電話番号<br>携帯電話 |   |
| ② | (ふりがな)<br>氏名<br>生年月日 | ( 年 月 日生)  | 関係           | <input type="checkbox"/> 近隣者<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|   | 住所                   | 〒 ー<br>八幡市 | 電話番号<br>携帯電話 |   |
| ③ | (ふりがな)<br>氏名<br>生年月日 | ( 年 月 日生)  | 関係           | <input type="checkbox"/> 近隣者<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
|   | 住所                   | 〒 ー<br>八幡市 | 電話番号<br>携帯電話 |   |

3. 居住等の状況

※ 該当する□に✓印をしてください。

|                           |   |
|---------------------------|---|
| 建物の構造等                    | <input type="checkbox"/> 木造( 階建て) <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造( 階建て) <input type="checkbox"/> 鉄骨造( 階建て) |
| 建物の用途                     | <input type="checkbox"/> 一戸建て住宅 <input type="checkbox"/> 共同住宅   |
| 住まいの状況                    | 普段いる部屋( 階の )・寝室の位置( 階の )  |
| 緊急通報システム利用(シルバーライフライン)の有無 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   |

4. その他の事項

|                      |     |  |      |  |
|----------------------|-----|--|------|--|
| かかりつけの医療機関<br>(複数可能) | 名称  |  | 電話番号 |  |
|                      | 所在地 |  | 担当医  |  |
|                      | 名称  |  | 電話番号 |  |
|                      | 所在地 |  | 担当医  |  |
|                      | 名称  |  | 電話番号 |  |
|                      | 所在地 |  | 担当医  |  |

治療中の疾患や治療内容等

特記事項(要援護者自身の状況や必要な支援・配慮してほしいこと等についてご記入ください)

(福祉総務課記入欄) ※下記の避難場所欄は、記入不要です。

|      |       |       |
|------|-------|-------|
| 避難場所 | 指定避難所 | 福祉避難所 |
|------|-------|-------|