

中之条町個別避難計画

作成日：令和4年10月1日

地区名	中之条地区	自主防災組織等名	第〇〇区	登録番号	中-0000
-----	-------	----------	------	------	--------

本人・家族等の情報

フリガナ	ナカノジョウ タロウ	性別	生年月日	年齢
氏名	中之条 太郎	男	S2.1.1	95
住所	中之条町大字中之条町1091	自宅電話	0279-75-2111	
		携帯電話	000-1111-2222	
メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇.〇〇	FAX	0279-75-6562	
家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族あり(本人 + 人)			
避難支援等を必要とする事由	<input checked="" type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定区分(要介護 3) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳(2 級) <input type="checkbox"/> その他()			

避難支援に関する情報

支援が必要な時間帯	<input checked="" type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 昼間 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> その他()		
介助の必要性	<input type="checkbox"/> 介助不用 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助が必要		
避難手段	<input type="checkbox"/> 徒歩・交通機関 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> タクシー・施設バス <input type="checkbox"/> 寝台タクシー <input type="checkbox"/> その他()		
居住環境	建物	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> その他()	
	普段いる部屋	玄関横の居間	
	寝室の場所	1階 廊下を突き当たったところ	
避難時に配慮が必要なこと	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難 <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞き取りにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input checked="" type="checkbox"/> 一緒に持ち出すもの (杖、薬、お薬手帳) <input checked="" type="checkbox"/> その他留意事項 ・耳が遠いため、近くでははっきりと話すようにする。 ・地震時は声かけして安否確認し、娘(緊急連絡先①)に連絡する。		
支援する内容	あてあはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達・安否確認をする) <input type="checkbox"/> 一緒に避難する <input checked="" type="checkbox"/> 親族や関係者(利用施設など)に連絡し、避難を開始させる <input type="checkbox"/> その他()		

緊急連絡先

①	氏名	中之条 花子 続柄(長女)	自宅電話	0000-00-0000
	住所	中之条町大字伊勢町〇〇〇-〇	携帯電話	000-3333-4444
②	氏名	中之条 一郎 続柄(長男)	自宅電話	0000-00-3333
	住所	中之条町大字西中之条△△-△△	携帯電話	000-5555-6666

避難支援者(情報の伝達者及び避難の支援を行う者)

①	氏名	防災 安心 続柄等(隣人)	自宅電話	
	住所	中之条町大字中之条町△△△△	携帯電話	
	同意確認	<input checked="" type="checkbox"/> 本人署名 <input type="checkbox"/> 口頭()	メール	
②	氏名	安全 第一 続柄等(隣人)	自宅電話	
	住所	中之条町大字中之条町□□□	携帯電話	
	同意確認	<input type="checkbox"/> 本人署名 <input checked="" type="checkbox"/> 口頭(10/1区長が同意を得る)	メール	
③	氏名	1班 班長 続柄等(隣人)	自宅電話	
	住所	中之条町大字中之条町〇△□	携帯電話	
	同意確認	<input checked="" type="checkbox"/> 本人署名 <input type="checkbox"/> 口頭()	メール	

かかりつけの病院・利用施設等

①	名称	〇〇医院	主な利用日
	電話番号	0000-00-0000	毎週火曜日
②	名称	〇〇居宅介護支援事業所	主な利用日
	電話番号	0000-00-0000	

避難場所までの経路避難経路図 ※避難先までの所要時間と距離【 車 徒歩 分、0.3km】

- ・ 記載内容に誤りがないことを確認しました。
- ・ 記載内容について、避難支援等関係者(自主防災会長、区長会長、民生委員児童委員等)で情報共有することを了承します。

令和4年10月1日

本人署名 中之条 太郎

代理署名(本人との関係)

(注意事項)

避難支援は、あくまでも普段からの地域の支え合いによって少しでも災害時の被害を減らそうとするもので、避難支援者の任意の協力により行われるものです。避難支援者の方にお願ひするのはできる範囲での支援であり、責任が問われるものではありません。また、見守り支援者が不在や被災等により、避難支援ができない場合があります。