

中井町避難行動要支援者登録申請書兼登録台帳（個別避難計画）

災害時に安全に避難できるように、私自身が避難方法や避難先を具体的に検討・把握し、支援者にも「私に必要なこと」を理解してもらうため、本計画を作成します。

作成日 年 月 日
 作成区分（新規・変更・廃止）
 作成者 _____
 本人との関係 _____
 連絡先 _____

ふりがな				生年月日		性別	
氏名							
住所または居所		中井町		自治会		(□未加入)	
自宅電話番号				携帯電話番号			
FAX				メールアドレス			
暮らしの状況		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 同居家族はいるが一人になる時間が多い					
同居家族		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母		<input type="checkbox"/> 子(人) <input type="checkbox"/> 孫(人) <input type="checkbox"/> その他()			
在宅時に過ごす部屋		日中 階 夜間 階		緊急通報装置の設置		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
要支援者が理由	介護認定	要支援(□1 □2)		要介護(□1 □2 □3 □4 □5)			
	障がいの状況	<input type="checkbox"/> 身体(□1級 □2級) <input type="checkbox"/> 知的(□A1 □A2) <input type="checkbox"/> 精神(□1級 □2級)					
	その他	<input type="checkbox"/> 単身高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他()					
避難時に配慮が必要な事項	移動	<input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用 <input type="checkbox"/> 担架・ストレッチャー使用		<input type="checkbox"/> 歩行に時間がかかる <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	視力	<input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクトレンズ使用					
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 補聴器使用					
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(□酸素 □インスリン注射 □透析 □その他())					
	薬・注射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
	その他	<input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 言葉や文字での理解がむずかしい		<input type="checkbox"/> 顔を見ても家族や知人とわからない <input type="checkbox"/> 言葉(声)が出せない		<input type="checkbox"/> その他()	
緊急連絡先	①	ふりがな		続柄	電話番号	住所	
		氏名			FAX	都道府県	
				メールアドレス	市・町・村		
	②	ふりがな		続柄	電話番号	住所	
氏名				FAX	都道府県		
				メールアドレス	市・町・村		

避難先

災害の状況によっては、記載のとおり避難できない場合もあります。その場合は、状況に応じて避難経路や避難先を変更してください。

よくよく

大雨のとき
(土砂・洪水)



避難場所

優先順位

在宅避難（自宅が浸水していない、浸水の恐れがない場合）

避難所（名称：_____）

避難先までの距離 _____ m 移動手段 _____ 移動時間 _____ 分

家族・知人宅（住所：_____ 都道府県 _____ 市町村）

避難先までの距離 _____ m 移動手段 _____ 移動時間 _____ 分

① 浸水想定 区域外 区域内（浸水深 _____ m、_____ 川）

② 土砂災害警戒 区域外 区域内

地震のとき



避難場所

優先順位

在宅避難（自宅が倒壊していない、倒壊の恐れがない場合）

避難所（名称：_____）

避難先までの距離 _____ m 移動手段 _____ 移動時間 _____ 分

家族・知人宅（住所：_____ 都道府県 _____ 市町村）

避難先までの距離 _____ m 移動手段 _____ 移動時間 _____ 分

避難支援等実施者

※避難の支援をしていただく人を記入
団体・組織を記載することも可能です

避難支援等実施者本人やその家族等の生命・身体の安全を守ることが最優先です。個別避難計画は避難の円滑化や避難行動への支援の可能性を高めるためのものであり、**避難支援等実施者に対して、避難支援等の結果について法的な責任や義務を負わせるものではありません。**

だれと

①

氏名 名称

続柄
関係

どのように
(支援内容)

- 声かけしてもらう
- 避難しているかの確認
- 一緒に避難所に行く

住 所

電話番号

特記事項

②

氏名 名称

続柄
関係

どのように
(支援内容)

- 声かけしてもらう
- 避難しているかの確認
- 一緒に避難所に行く

住 所

電話番号

特記事項

【避難経路】 ※避難経路は災害時に通ることが予定される経路を書いてください。経路図貼付可。