様式第１号（第３条関係）

（表面）

**㊙**

**玉名市避難行動要支援者避難支援計画（個別計画）**

**年　　月　　日**

**【郵送分】又は【戸別訪問分】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 小学校区名 |  | 行政区名 | M TS H |
| フリガナ |  | 男・女 | 年　　齢生年月日 | （　　　 歳）年　　月　　日生 |
| 氏　名 |  |
| 住　所 | 〒　　 － | 自宅電話 | 　　　－ |
| 携帯電話 | 　　　－　　　－ |
| FAX |  |
| 緊急時の　家族等の　連　絡 先 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　 　－ | TEL | 　　　 － |
| 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　 　－ | TEL | 　　 　－ |
| 家族構成、同居状況等 | 居住建物の構造 |  |
| 普段いる部屋 |  |
| 寝室の位置 |  |
| 緊急通報システム | □あり　　□なし |
| 本人（世帯）をとりまく状況～生活の状況・社会とのかかわり等 |
| かかりつけ医 | 医療機関名 |  | TEL | 　　 　－ |
| 医療機関名 |  | TEL | 　　 　－ |
| □避難行動要支援者 | □高齢者　〔□一人暮らし　□高齢者のみの世帯　□要介護３以上　□寝たきり状態の高齢者　　□寝たきり状態に準ずる高齢者　□認知症高齢者〕 |
| □障害者　〔□身体障害者（□肢体不自由3級以上　□視覚障がい2級以上　□聴覚障がい2級　□内部障がい1級）　□知的障害者（療育手帳Ａ1・Ａ2）　□精神障害者　□発達障害者〕　 |
| □妊産婦　□乳幼児　□難病患者　□その他一人では避難が困難な者 |
| 避難支援時の留意事項（障害の程度、必要な機材等） |
| 避難支援者(避難誘導、安否確認等をする方） | 第1 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　 　－ | TEL | 　　　 － |
| 第2 | 氏名 |  | 続柄 |  |
| 住所 | 〒　 　－ | TEL | 　　 　－ |

　玉名市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　　日

　私は、玉名市避難行動要支援者支援制度の趣旨に賛同し、同制度に登録することを希望します。また、私が届け出た上記個人情報を市が消防団、自主防災組織、区長、民生委員、社会福祉協議会、消防署、警察署その他同計画に基づく関係機関等に提供することを承諾します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞