

# 多摩市災害時要援護者避難支援個別計画(案)

(表面)

平成 年 月 日

多摩市長 殿

私は、多摩市災害時要援護者避難支援計画の趣旨に賛同し、私が届け出た下記個人情報を市、自主防災組織、自治会・管理組合、避難支援者などに提出することを承諾します。

自治会・管理組合名		民生委員名		電話 FAX	
災害時要援護者 [ 1 介護保険要介護3以上 2 身体障害者手帳1・2級 3 視覚障がい者3～6級 4 聴覚障がい者3・4級 5 愛の手帳1～3度 6 人工透析者 7 呼吸器障がい者 ]					
本人住所	多摩市			電話 FAX	
本人氏名	ふりがな	(男・女)	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	
代理人住所				電話 FAX	
代理人氏名				本人との関係	
緊急時の家族等の連絡先					
氏名		続柄( )	住所		電話
氏名		続柄( )	住所		電話
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		
特記事項					
緊急通報システム (あり・なし)					
避難支援者					
氏名		住所	多摩市	電話	
氏名		住所	多摩市	電話	
氏名		住所	多摩市	電話	

多摩市災害時要援護者避難支援個別計画(裏面)

避難所など			
一時避難場所		避難所	
避難場所		その他注意事項	
職場や連絡先など			
日頃通っている所(通所施設・職場など)		所属団体(障がい者団体など)	
担当ケアマネジャーの名前・連絡先		ホームヘルパーなどの連絡先	
その他(メールアドレスなど)			
その他留意事項等			