

土庄町避難行動要支援者避難支援プラン個別計画書

令和 年 月 日

土庄町長
土庄町民生委員児童委員協議会会長 } 様

私は、避難行動要支援者登録を希望します。また、避難支援に必要となる個人情報、災害時の支援並びにその体制整備を目的に、町長が民生委員・児童委員、町職員、自治会、包括支援センター、社会福祉協議会、警察署、消防署、消防団など支援を行うのに必要と思われる機関・団体・個人に提供することを承諾します。

氏名				住所	香川県小豆郡土庄町															
生年月日	M T S H	年 月 日	性別	男・女	電話	() -														
登録区分 (該当するものすべてにシをつけてください。)																				
<input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 介護認定者 <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>認定区分</td> <td><input type="checkbox"/> 要支援1</td> <td><input type="checkbox"/> 要支援2</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 要介護1</td> <td><input type="checkbox"/> 要介護2</td> <td><input type="checkbox"/> 要介護3</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 要介護4</td> <td><input type="checkbox"/> 要介護5</td> <td></td> </tr> </table>								{	認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2			<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3		<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	
{	認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2																	
		<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3																
		<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5																	
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 () 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 () <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 () 級 <input type="checkbox"/> その他、自力で避難することが困難な人 【例】 妊婦、日本語に不慣れな外国人の人等 ()																				
本人状況 (該当するものすべてにシをつけてください。)																				
<input type="checkbox"/> 車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 目が不自由 <input type="checkbox"/> 精神的に不安定なことがある <input type="checkbox"/> 医療行為【透析・痰の吸引など】が必要 <input type="checkbox"/> その他 () <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 杖・手すりを使用</td> <td><input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓に疾患あり</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 耳が不自由</td> <td><input type="checkbox"/> 意識疎通が困難</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 紙おむつ使用</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> 杖・手すりを使用	<input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓に疾患あり	<input type="checkbox"/> 耳が不自由	<input type="checkbox"/> 意識疎通が困難	<input type="checkbox"/> 紙おむつ使用								
<input type="checkbox"/> 杖・手すりを使用	<input type="checkbox"/> 呼吸器・心臓に疾患あり																			
<input type="checkbox"/> 耳が不自由	<input type="checkbox"/> 意識疎通が困難																			
<input type="checkbox"/> 紙おむつ使用																				
かかりつけ医療機関				かかりつけ医																
緊急時 家族等 の連絡先	氏名	続柄	住所		電話・携帯															
避難支援者	氏名	住所			電話															
自治会名				民生委員氏名																
民生委員 電話				民生委員 F A X																

