

自治会名	
組名	組
自治会長名	

## 大井町避難行動要支援者登録制度

### 個別計画

令和 年 月 日

介(3・4・5) 身1・2(肢・聴・視) 療(A1・A2) 精独高その他( )

対象者	本人氏名		性別 男・女	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日( 歳)
	住所	大井町		電話	
				F A X	
	避難所				
	家族構成 該当者がいれば○をつける	<input checked="" type="radio"/> 本人 <input type="radio"/> 配偶者 <input type="radio"/> 子 <input type="radio"/> 子の配偶者 <input type="radio"/> 孫 <input type="radio"/> その他( )			
	かかりつけ 医療機関名				
	ふだんいる 部屋		寝室の場所		
あしがら 安心キット	あり ・ なし		緊急通報 システム	あり ・ なし	
緊急連絡 先	氏名		住所		
		続柄( )	電話 F A X		
民生委員	氏名		住所	大井町	
			電話 F A X		
避難支援者	氏名		住所		
			電話 F A X		
避難支援者	氏名		住所		
			電話 F A X		
特記事項					

ここに記載の個人情報の目的外使用はいたしません。