避難行動要支援者情報提供内容

（必須）箇所は必ずご記入ください。その他は、支援関係者に提供してもよい項目について、ご記入ください。（提供したくない、分からないところはご記入いただかなくて結構です。）

フリガナ（必須）		性別	年齢（必須）	生年月日（必須）	年　月　日
氏　名（必須）		男・女			
住　所（必須）	高浜町			行政区（必須）	
連絡先（必須）	①②のいずれか一つは必ずご記入ください	①電話番号			
		②携帯電話番号			

世帯状況	□ひとり暮らし　□同居家族全員が 70 歳以上の高齢者 □同居家族あり（　　人）※本人含む			
お住まいの状況	□戸建住宅 □集合住宅	家の中でいつもいる場所	日中	
			就寝	
支援が必要な理由	□ひとり暮らしの高齢者（70 歳以上） □高齢者（70 歳以上）のみの世帯 □要介護認定 3 以上		□身体障害者手帳（1・2 級） □療育手帳 A □精神障害者保健福祉手帳（1・2 級）	
受けたい支援内容	□情報伝達（災害の発生や避難情報の伝達） □避難所までの付き添い支援 □避難所までの搬送支援			
支援時に配慮が必要なこと	□立つことや歩行が困難 □物が見えない、または見えにくい □音が聞こえない、または聞こえにくい □言葉や文字の理解が難しい □その他（　　）			
希望する避難支援者	あてはまる番号に○をつけてください。（複数でも可） 1. 家族 2. 近隣住民 3. 民生委員・児童委員 4. 自主防災組織		5. 公的機関 6. その他 （　　）	
その他特記事項	（要介護度、障がいの程度、在宅医療器具の使用状況、避難先など）			