

☐ 作成 ☐ 変更	作成/変更日	行政区	NO.	—
---	--------	-----	-----	---

松前町長 様 (※上の網掛け部分は役場で記入)

下記（裏面を含む）の記載内容に誤りがないことを確認します。また、記載した個人情報は、災害時における避難支援とそれに伴う平常時からの声かけのため、松前町及び避難支援等関係者（自主防災組織、民生委員・児童委員）、近隣協力員が、情報共有・活用することに同意します。

（同意者）

住 所 _____ 電話 _____

フリガナ _____ 携帯 _____

氏 名 _____ メールアドレス _____ FAX _____

（代筆者 _____） （本人との関係 _____） /連絡先 _____

※変更の場合は、変更箇所のみを朱書きしてください。

自主防災組織名	民生・児童委員名
避難時に配慮しなくてはならない事項 （あてはまるものすべての□にチェックする）	☐ 介護保険の認定を受けている【要介護状態区分：要介護3】 ☐ 手帳所持【障害名 等級：】 ☐ 難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている ☐ 医療機器の装着等をしている ☐ 立つことや歩行ができない ☐ 音が聞こえない（聞き取りにくい） ☐ 物が見えない（見えにくい） ☐ 言葉や文字の理解がむずかしい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ その他（車椅子が必要など、本人の状態や移動手段などの留意事項を記載）
家族構成	☐ ひとり暮らし ☐ 日中ひとり ☐ 高齢者のみ ☐ 障がい者のみ ☐ 高齢者と障がい者のいる世帯 ☐ 高齢者と障がい者のみの世帯 ☐ その他（ _____ ）

緊急時の家族等の連絡先 ①	フリガナ			
	氏名（団体名）		続柄	
	住所			
	連絡先	電話番号 1 : _____ FAX : _____ メールアドレス : _____	電話番号 2 : _____	
緊急時の家族等の連絡先 ②	フリガナ			
	氏名（団体名）		続柄	
	住所			
	連絡先	電話番号 1 : _____ FAX : _____ メールアドレス : _____	電話番号 2 : _____	

住居状況	普段いる部屋	
	寝室の位置	(階) (家の中心から の方角)
特記事項 ()内に目印を記入	不在の時の目印	☐ 決めている () ☐ 決めていない
	避難済みの目印	☐ 決めている () ☐ 決めていない

※避難支援等実施者の（団体名その他区分）欄は、自主防災会員、隣人、組長などの間柄を併記してください。

①避難支援等実施者	フリガナ	
	氏 名	
	(団体名その他区分)	
	住 所	
	連 絡 先	電話番号 1 : 電話番号 2 : メールアドレス : その他 :
②避難支援等実施者	フリガナ	
	氏 名	
	(団体名その他区分)	
	住 所	
	連 絡 先	電話番号 1 : 電話番号 2 : メールアドレス : その他 :

避難時に携行する 医薬品等	(医薬品等) (かかりつけ医療機関) (既往歴)
------------------	--------------------------------

一時避難場所（予定）	
町の指定避難所名（予定）	
【避難所までの経路図】※略図又は地図を添付し、避難経路における注意事項を記載してください。	
避難先での留意事項	

（注意）この計画は、避難行動要支援者本人や家族と避難支援関係者が話し合いで作成するものであり、本人や家族の了承のもとに行います。

※ 記載内容に変更が生じた場合は、町役場又は自主防災組織に申し出てください。

☒ 作成 ☐ 変更	作成/変更日	令和3年4月1日	行政区		NO.	—
松前町長 様 (※上の網掛け部分は役場で記入)						
下記（裏面を含む）の記載内容に誤りがないことを確認します。また、記載した個人情報は、災害時における避難支援とそれに伴う平常時からの声かけのため、松前町及び避難支援等関係者（自主防災組織、民生委員・児童委員）、近隣協力員が、情報共有・活用することに同意します。						
(同意者)						
住 所 松前町大字筒井 631 番地			電話 089-984-2111			
フリガナ マサキ タロウ			携帯			
氏 名 松前 太郎			FAX			
（代筆者			）（本人との関係		／連絡先	

※変更の場合は、変更箇所のみを朱書きしてください。

自主防災組織名	筒井自主防災会	民生・児童委員名	伊予 郡次郎
避難時に配慮しなくてはならない事項 （あてはまるものすべての□にチェックする）	☒ 介護保険の認定を受けている【要介護状態区分：要介護3】 ☐ 手帳所持【障害名 等級：】 ☐ 難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている ☐ 医療機器の装着等をしている ☒ 立つことや歩行ができない ☒ 音が聞こえない（聞き取りにくい） ☐ 物が見えない（見えにくい） ☐ 言葉や文字の理解がむずかしい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族とわからない ☐ その他（車椅子が必要など、本人の状態や移動手段などの留意事項を記載） []		
家族構成	☒ ひとり暮らし ☐ 日中ひとり ☐ 高齢者のみ ☐ 障がい者のみ ☐ 高齢者と障がい者のいる世帯 ☐ 高齢者と障がい者のみの世帯 ☐ その他（		

緊急時の家族等の連絡先 ①	フリガナ	マサキ ジロウ		
	氏名（団体名）	松前 次郎	続柄	弟
	住所	松前町大字南黒田 1234 番地 5		
	連絡先	電話番号 1：090-1234-5678 電話番号 2： FAX： メールアドレス：		
緊急時の家族等の連絡先 ②	フリガナ	マサキ ハナエ		
	氏名（団体名）	松前 花江	続柄	子
	住所	松山市松前町1丁目2番345号		
	連絡先	電話番号 1：080-1234-5678 電話番号 2： FAX： メールアドレス：		

住居状況	普段いる部屋	1階 リビング
	寝室の位置	(1 階) (家の中心から 西 の方角)
特記事項 ()内に目印を記入	不在の時の目印	☐ 決めている () ☒ 決めていない
	避難済みの目印	☐ 決めている () ☒ 決めていない

※避難支援等実施者の（団体名その他区分）欄は、自主防災会員、隣人、組長などの間柄を併記してください。

① 避難支援等実施者	フリガナ	キタイヨ アスカ
	氏 名	北伊予 明日香
	(団体名その他区分)	見守り推進員
	住 所	松前町大字筒井 633 番地
	連絡先	電話番号 1 :089-985-1313 電話番号 2 : メールアドレス : その他 :
② 避難支援等実施者	フリガナ	オカダ キョウカ
	氏 名	岡田 今日香
	(団体名その他区分)	近所の友人
	住 所	松前町大字筒井 638 番地
	連絡先	電話番号 1 : 電話番号 2 : メールアドレス : その他 :

避難時に携行する 医薬品等	(医薬品等) ディオバン (かかりつけ医療機関) 松前クリニック (既往歴) 高血圧
------------------	--

一時避難場所（予定）	松前公民館
町の指定避難所名（予定）	松前公園体育館
【避難所までの経路図】※略図又は地図を添付し、避難経路における注意事項を記載してください。 	
避難先での留意事項	

(注意) この計画は、避難行動要支援者本人や家族と避難支援関係者が話し合いで作成するものであり、本人や家族の了承のもとに行います。

※ 記載内容に変更が生じた場合は、町役場又は自主防災組織に申し出てください。