



身体状況	※ひとりで避難が困難な理由（例：寝たきり・歩行困難・〇〇が不自由）		
かかりつけ病院等	(病院名) (病名) (常備薬)	血液型	A・B・O・AB型 ※該当に○印
避難する際の移動方法	<input type="checkbox"/> 徒歩・ <input type="checkbox"/> 車いす・ <input type="checkbox"/> 担架・ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
避難支援者（最低1名、できれば2名記入してください。） <u>※必ず本人の承諾を得てください。</u>	①	氏名	電話
		住所	松崎町
	②	氏名	電話
		住所	松崎町

《避難支援者とは》

避難行動要支援者に対し、災害時の情報を伝えたり、避難の手助けや安否確認などの支援に心がけていただく方です。

災害時には、避難支援者も被災者になることも考えられることから、避難支援者は、自らの安全を確保した上で、できる範囲での支援をしていただくものであり、災害時の支援を保証するものではありません。

緊急連絡先（緊急時に連絡が取れる親族がいる場合は、記入してください。）			
ふりがな 氏名		続柄	
住所		電話番号	

※役場処理欄

入 力	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---