個別避難支援プラン　　**作成日：　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 性別 |  | 生年月日 |  | |
| 住所 | さいたま市　　　　　　区 | | | | | |
| 避難支援  担当者① |  | | | 連絡先 |  | |
| 避難支援  担当者② |  | | | 連絡先 |  | |
| かかりつけ医 |  | | | 連絡先 |  | |
| 病名 |  | | | アレルギー |  | |
| 飲んでいる薬 |  | | | 血液型 | 型 | Rh ＋・－ |
| 伝えたいこと |  |  |  |  |  |  |
| □歩くことが困難  □音が聞こえない、聞き取りにくい  □ものが見えない、見えにくい  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  伝えたいこと | | | | | | |
|
| 避難所名 |  | | | | | |

※災害時には、避難支援担当者も被災者となりえます。そのため、災害時の支援が必ず保証されるものではないことを、ご理解くださいますようお願いいたします。