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。