

表面の 1.「あなたは、災害時に避難することができますか」の問いに「**避難できる**」と回答された方は**記入不要**です。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
氏名		年齢	歳	性別	男・女
住所	真鶴町	自治会	☐ 加入（自治会） ☐ 未加入		
電話番号		携帯電話番号			

避難支援等を必要とする理由（複数該当する場合）はすべて記入してください。	☐ ① 65歳以上の高齢者のみ
	☐ ② 65歳以上のひとり暮らし 【 ☐ 常時 ☐ 日中 】
	☐ ③ 要介護認定者 【要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 】
	☐ ④ 身体障害者手帳保持者
	【手帳の種類： ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 内部 ☐ 上肢・下肢又は体幹機能 】
	☐ ⑤ 療育手帳保持者 【 A1 ・ A2 】
	☐ ⑥ 精神障害者保健福祉手帳保持者 【 1 級 ・ 2 級 】
	☐ ⑦ 妊産婦
	☐ ⑧ 乳幼児
	☐ ⑨ 難病患者
	☐ ⑩ ひとり親世帯
	☐ ⑪ ①から⑩までの要件に該当せず、災害時に自力で避難することが困難な方
【理由： 】	
医療機器等の使用状況	☐ あり ☐ なし
☐ 人工呼吸器 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 吸引 ☐ 人工透析 ☐ 気管切開 ☐ その他【 】	

緊急連絡先	①	氏 名	住 所	電話番号
		あなたとの関係		携帯電話番号
	②	氏 名	住 所	電話番号
		あなたとの関係		携帯電話番号

