

避難者カード

太枠内を記入または選択☑し、避難所受付に提出してください。

整理番号

| | | | | | | |
|------|----------|---|---|---|---|---|
| 避難所名 | 入所年月日 時間 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
|------|----------|---|---|---|---|---|

| | |
|----|--------|
| 住所 | 所属自治会等 |
|----|--------|

| | |
|------------|---------|
| 電話 自宅： () | 携帯： () |
|------------|---------|

| 家族構成 | ふりがな氏名 | 年齢 | 性別 | 健康状態 | 所在 |
|------|--------|----|----|--|---|
| | 代表者 | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> けが <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 要配慮 (高齢者、障がい者、妊産婦など) |

| | |
|------|---|
| 配慮事項 | 上記、健康状態で申告する必要があること (負傷、疾病、アレルギー、介助の必要等、特別な配慮が必要な事項) があれば、記入してください。 |
|------|---|

| | |
|-----|---|
| 自動車 | 車種： ナンバー： 色： 駐車場所： |
|-----|---|

| | |
|---------|---|
| ペット同行避難 | <input type="checkbox"/> 有 (種類) ・ <input type="checkbox"/> 無 |
|---------|---|

| | |
|---------|---|
| 家屋の被害状況 | <input type="checkbox"/> 住めない程度の損傷・焼失 <input type="checkbox"/> 大きな損傷・一部損傷 <input type="checkbox"/> 流失 <input type="checkbox"/> 床上・床下浸水 <input type="checkbox"/> 断水 <input type="checkbox"/> 停電 <input type="checkbox"/> ガス停止 <input type="checkbox"/> 電話不通 <input type="checkbox"/> なし |
|---------|---|

| | |
|-------|-------------------|
| 緊急連絡先 | 親戚・知人等の氏名・住所・電話番号 |
|-------|-------------------|

| | |
|---------|---|
| 資格等協力事項 | 有資格者等、協力が可能な事項があれば記入してください。 氏名 () 協力事項 () |
|---------|---|

| | |
|------|---|
| 情報公開 | 安否の問い合わせがあった場合、住所・氏名を公表してもよいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※DV等の被害により情報の開示を希望しない場合は、いいえに必ず☑をしてください。 |
|------|---|

【 退所状況 】

※ 避難所管理者記入欄

| | |
|-------------|---|
| 退所又は支援終了年月日 | 年 月 日 |
|-------------|---|

| | | | | |
|--------|------|---------------------|--|--|
| 退所後連絡先 | 住 所 | | | |
| | 電話番号 | 携帯電話番号 | | |
| | 備 考 | 入所継続等家族等のある場合等記入のこと | | |