

【様式2】 町長あて

# 避難者カード

|                      |   |   |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|----------------------|---|---|--|--|--|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
|                      |   | 避難所名  |  | 受付番号   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|                      |   | 記入年月日   |  | 令和 年 月 日   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| ふりがな                 |   |   |  | 携帯電話番号<br>(なければ自宅)   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 世帯代表者名               |   |   |  | ( ) -  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 住民票の住所               |   | 岐阜県 市 町村  |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 自宅種類                 | <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |   | 家屋状況   | <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水<br><input type="checkbox"/> 床下浸水 <input type="checkbox"/> 断水 <input type="checkbox"/> 停電 <input type="checkbox"/> ガス停止 |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|                      |   |   | 居住可否   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 車                    | 車種:                                  ナンバー:  |   | ペットの<br>同伴   | <input type="checkbox"/> 有 (種類 )<br><input type="checkbox"/> 無 ※ペット台帳へも記入  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|                      | 色:                                  駐車場所:   |   |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 避難の状況<br>(複数回答可)     |   | <input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 車中 <input type="checkbox"/> 屋外テント (場所: ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 家族の<br>状況            | 氏名  |   | 性別   | 年齢   | 配慮が必要な事項 (✓を記入したものは、下部に詳細を記入)                                |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|                      | 世帯代表者   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 妊産婦<br><input type="checkbox"/> 要介護 | 障がい  |   |                          |                          |                          | アレルギー                    | 服薬                       | その他 |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/> 精神<br><input type="checkbox"/> 知的<br><input type="checkbox"/> 発達<br><input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   |   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | 歳  | <input type="checkbox"/> 肢体<br><input type="checkbox"/> 視覚   | <input type="checkbox"/> 内部<br><input type="checkbox"/> 聴覚 | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
|                      |   | ✓を入れたものの<br>詳細記入欄   |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 避難所運営に協力できること(資格・特技) |   |   |  |  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 親族等からの<br>安否確認への回答   |   | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可  |  | ※必ず家族全員の同意を得たうえで✓を記入すること。また、DVの被害等により情報開示を希望しない場合は、必ず申し出をすること。   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
| 退所時<br>記入欄           | 退所年月日   | 令和 年 月 日  |  | 連絡先  |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |
|                      | 退所後住所   | 都道府県  |  | 市区町村   |  |  |   |                          |                          |                          |                          |                          |     |

※上記の記入事項について、避難所運営(食料・物資の提供と配慮事項への対応等)のための避難所運営委員会及び運営班への情報提供と、災害対策基本法第90条の3に基づく被災者台帳の作成に利用をしますのでご了承下さい。