

避難者カード

※平素に記入しておいて、避難するときに携行してください。

平時

(ふりがな) 記入者氏名		住 所	飛驒市		
電話番号		携帯番号		メール	
自家用車	車種: 色:	ナンバー: 駐車場所:	車種: 色:	ナンバー: 駐車場所:	車種: 色:

同居家族の状況 (同居人含む)	(ふりがな) 氏名	性別	年齢	配慮が必要な事項(☑を記入した事項は、下記に詳細を記入してください。)											備 考	
				妊産婦	要介護・支援 対象者	障がい					アレルギー	服薬	医療機器	その他		
						身体	(透析)	精神	知的	発達						その他
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <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"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <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"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <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"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <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"/>	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> 内部 <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"/>	<input type="checkbox"/>	

【☑を記入した事項の詳細内容】

ペット	<input type="checkbox"/> 有 (種類:)	※災害時に避難所への同伴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-----	-----------------------------------	--

避難者カード

※避難所への入所時に世帯代表の方が記入してください。

被災時

※該当する事項に、☑を記入してください。

避難所名		入所日	平成	年	月	日	出所日	平成	年	月	日
避難状況	<input type="checkbox"/> 避難所 <input type="checkbox"/> テント <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 車中 <input type="checkbox"/> その他 ()										
自宅	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 ()										
被災状況	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <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										
家族の安否確認の情報公開	<input type="checkbox"/> 非公開 <input type="checkbox"/> 公開 (市ホームページなど)										
行方不明者(家族)											
特記事項	※医薬品や粉ミルクなどの必要物資、その他特別な要望があれば記入してください。										

- 1) 本避難者カードを避難所に提出することで、被災状況、必要な支援等の早期情報把握や、円滑な避難所運営に活用します。
- 2) ご記入いただいた情報は、災害対策本部や避難所運営と支援のために最低限必要な範囲で共有します。