

避難者カード

		避難所名		受付番号									
		記入年月日		年 月 日									
ふりがな				携帯電話番号 (なければ自宅)									
世帯代表者名 (生年月日)		(年 月 日)		() -									
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 <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 <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: 色:	ナンバー: 駐車場所:	ペットの 同伴	<input type="checkbox"/> 有 (種類) <input type="checkbox"/> 無 ※ペット飼い主名簿へも記入									
避難の状況 (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 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 要介護	障がい					アレルギー	服薬	その他
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<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"/>
✓を入れたものの 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 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 記入欄	退所年月日	平成 年 月 日			連絡先								
	退所後住所	都道 市区 府県 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。