様式4

姶良市避難行動要支援者名簿

姶良市保健福祉部

番号	フリガナ ※氏　名	※ 性別	※生年月日	※ 年齢	※住　所	※電話番号	避難支援 条件	自治会	避難場所 （避難所）	個別計画	避難確認	危険種別

※印は、記載必須