|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ**  **氏　　名** | | |  | | | | | | | | | **生年月日** | | | **年　　月　　日** | | |
| **性　　別** | | | **男　・　女** | | |
| **住 　所** | | |  | | | | | | | | | **電話番号** | | |  | | |
| **携帯番号** | | |  | | |
| **メールアドレス** | | |  | | | | | | | | | **FAX番号** | | |  | | |
| **同居家族** | | | **氏名（続柄）** | | | | | | | | | | | | | | |
| **ハザードの状況** | | |  | | | | | | | **情報取得方法** | | | | | |  | |
| **避難場所** | | | **名　称** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **住　所** | | |  | | | | | | | | | | | |
| **かかりつけ医** | | **➀** | | **病院名** | | |  | | | | | | **電話番号** | | | |  |
| **➁** | | **病院名** | | |  | | | | | | **電話番号** | | | |  |
| **利用中の**  **福祉サービス** | | **事業所名** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **利用サービス** | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **緊急連絡先**  **①** | **フリガナ** | |  | | | | | **緊急連絡先**  **②** | | | **フリガナ** | | |  | | | |
| **氏　名**  **(団体名)** | |  | | | | | **氏　名**  **(団体名)** | | |  | | | |
| **住 　所** | |  | | | | | **住 　所** | | |  | | | |
| **連 絡 先** | | 電話番号：  その他： | | | | | **連 絡 先** | | | 電話番号：  その他： | | | |
| **避難支援等実施者**  **①** | **フリガナ** | |  | | | | | **避難支援等実施者②** | | | **フリガナ** | | |  | | | |
| **氏　名**  **(団体名及び**  **代表者)** | |  | | | | | **氏　名**  **(団体名及び**  **代表者)** | | |  | | | |
| **住 　所** | |  | | | | | **住 　所** | | |  | | | |
| **連 絡 先** | | 電話番号：  その他： | | | | | **連 絡 先** | | | 電話番号：  その他： | | | |
| **配慮すべき事項** | | | | | （あてはまるものすべてに☑）  □介護保険の認定を受けている【要介護状態区分：　　　　　　　 　　　　　　　　 　】 | | | | | | | | | | | | |
| □手帳所持【障害名：　　　　 　　　　　　　　　　　等級：　　 　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | |
| □難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている | | | | | | | | | | | | |
| □医療機器の装着等をしている | | | | | | | | | | | | |
| □アレルギー・持病【病名等：　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　 　　　　】 | | | | | | | | | | | | |
| □服薬又は服薬管理が必要【服用薬等：　 　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | |
| □食事の介助が必要【形態等：通常のごはん可・一口大・やわらかめ・とろみ要・流動食】 | | | | | | | | | | | | |
| □排泄の介助が必要 | | | | □おむつが必要 | | | | | | | | |
| □立つことや歩行ができない | | | | □音が聞こえない（聞き取りにくい） | | | | | | | | |
| □物が見えない（見えにくい） | | | | □言葉や文字の理解がむずかしい | | | | | | | | |
| □危険なことを判断できない | | | | □顔を見ても知人や家族とわからない | | | | | | | | |
| □その他 | | | | | | | | | | | | |
| **特記事項** | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **避難支援時の留意事項（※避難所の位置・避難経路・移動までの注意すべき事項等を記載）** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

個別避難計画は、高齢者や障害者等の避難行動要支援者の名簿である避難行動要支援者名簿に掲載される方お一人ごとに、避難支援を行う人や避難先等を記載等した計画です。この計画は、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図るために作成するものです。市は、作成に必要な範囲で、避難支援等実施者の候補者や介護・相談支援専門員などの関係者に名簿情報を提供し、また避難支援等関係者（介護・相談支援専門員、自治会、民生委員等）から作成に必要な情報を取得します。

個別避難計画の完成後、平常時は避難支援等関係者（避難支援等実施者、介護・相談支援専門員、自治会、民生委員等）に提供します。災害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者その他の者に、個別避難計画情報を提供します。

以上のことを承知し、個別避難計画を作成することにより、避難行動要支援者（あなた）は、災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に、避難支援等実施者から避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等実施者自身やその家族などの安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等実施者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、

個別避難計画を作成・更新・提供することに

　 □　同意します

□　同意しません

令和　年　　月　　日

署名

どちらかに〇をつけて下さい