（様式１）

西条市個別避難計画

西条市長　様

私は、災害時等に地域の支援を受けたいため、下記事項を避難行動要支援者名簿に登録し、 避難支援等関係者（自治会、自主防災組織、民生児童委員、消防団、警察署等）に提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

【同意・署名欄】

　本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人と

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の関係

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 |  | 単位自治会 |  | 民生委員 |  |

１　避難行動要支援者本人に関する情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 |  | | | | | | 電話 | 自宅：  携帯： | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | | | | □男  □女 | | 生年  月日 | 大・昭  平・令 | 年　　月　　日 | |
| 避難支援を  必要とする理由 | | □ひとり暮らし（75歳以上） 　　　　□高齢者のみ世帯（75歳以上） | | | | | | | | |
| □要介護度３以上（要介護度　３　・　４　・　５　） | | | | | | | | |
| □身体障がい者  （１～３級） | | 等級 | | 種別 | | | | |
| １・２・３ | | 視覚・聴覚・平衡・上肢・下肢・体幹 | | | | |
| □知的障がい者（療育手帳Ａ判定）　　□精神障害者保健福祉手帳（１級） | | | | | | | | |
| □特定医療費（指定難病）受給者　　　□小児慢性特定疾病医療受給者 | | | | | | | | |
| □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 本人の状態 | | □寝たきり　　　　　　□音が聞こえない　　　　□ものが見えない  □一人で立てる　　　　□一人で歩ける　　　　　□器具を使って動ける  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 常時使用する  装具・器具 | | □車いす　　　□杖　　　□人工呼吸器　　　□酸素濃縮器　　 □痰吸引器  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | | | | | | |
| 自宅の危険性 | | 地震 | 洪水 | | | 土砂災害 | | 津波 | | 高潮 |
| □旧耐震基準  □新耐震基準 | □浸水区域内  □浸水区域外 | | | □警戒区域内  □警戒区域外 | | □浸水区域内  □浸水区域外 | | □浸水区域内  □浸水区域外 |
| 避難先 | |  |  | | |  | |  | |  |
| 移動の方法 | | □自力で徒歩　　　　　　□杖、シルバーカー　　　　□手引き誘導  □車いす　　　　　　　　□乗用車等　　　　　　　　□ストレッチャー  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　） | | | | | | | | |

２　緊急時家族等の連絡先

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 緊急時の  家族等① | 住所 |  | | | 続柄 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | 電話 | 自宅：  携帯： | | |
| 緊急時の  家族等② | 住所 |  | | | 続柄 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | 電話 | 自宅：  携帯： | | |

３4

３　支援に関する情報

地域支援者は、要支援者の避難誘導等に関して、決してその責任を負うものではありません。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地域支援者① | 住所 |  | | | 関係 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏 名 |  | 電話 | 自宅：  携帯： | | |
| 地域支援者② | 住所 |  | | | 関係 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  氏名 |  | 電話 | 自宅：  携帯： | | |

４　福祉事業者に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居宅介護支援事業所  計画相談支援事業所 | （住所： 　 　　　　　　） | 電話 |  |
| 担当 |  |
| 利用サービスの状況 |  | | |

５　かかりつけ医療機関に関する情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| かかりつけ  医療機関 | （住所：　　　　　　　 　　　　　　） | | 電話 |  |
| 主な傷病名等 |  | 受診状況 |  |

６　避難所で配慮が必要な情報

|  |
| --- |
| □トイレの介助が必要　・　□食事の介助が必要　・　□床に座ることは困難でいすが必要  □入浴の介助が必要　　・　□個室対応が必要　　・　□車いすの利用スペース確保が必要  □服薬管理が必要  □その他 |

７　特記事項（伝えておきたいことなど）

|  |
| --- |
|  |

　要支援者は、隣近所の方々の助け合いの精神に基づき支援を受けるものであるため、名簿への登録によって必ずしも災害時の支援が保障されるわけではありません。

　この計画に関する情報は、災害発生時に地域の援護により生命等の安全を図るもののほか、日ごろの支援活動に利用するものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。

西条市長