

安城市個別避難計画作成等同意書兼計画書

○個別避難計画とは

個別避難計画とは、避難行動要支援者一人一人について、避難支援等を実施するために作成する計画です。個別避難計画作成することにより、あなたが災害時（災害が発生し、又は発生するおそれがある場合をいいます。）に避難支援等を受けられる可能性が高まります。個別避難計画には、災害時の円滑かつ迅速な避難のため、避難先、避難支援等を実施する避難サポーター等について記載します。

○避難行動要支援者とは

高齢者や障害者など災害時に自ら避難することが困難なため、特に支援を必要とする方をいいます。

○個人情報の取扱いについて

避難支援等を実施するために必要な限度で、あなたの同意を得た上で避難支援等関係者（自主防災組織、町内会、民生委員、社会福祉協議会、地域包括支援センター、地域支援者、警察、避難先の施設管理者、避難サポーター等）に個別避難計画の情報を提供します。

なお、災害時は、避難支援等を実施するために必要な限度で、あなたの同意の有無にかかわらず、避難支援等関係者その他の者に個別避難計画の情報を提供することがあります。

○留意事項について

災害時における避難支援等は、避難サポーター自身やその家族などの安全確保を前提に実施するものであるため、個別避難計画作成をしても避難サポーターによる避難支援等が必ず受けられるわけではありません。

また、避難サポーターや避難支援等関係者は、個別避難計画に基づく避難支援等の実施等に関し、**いづれかに☑をつけて下さい。**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、個別避難計画の作成、更新及び提供に

同意します。

同意しません。

（同意しない理由：可能な範囲で同意しない理由を記入してください。）

年 月 日 本人氏名 （※）

※本人が手書きしない場合は、記名（代筆、ハンコ、印字などにより氏名を記載すること。）をし、押印してください。

本人が未成年者、成年被後見人等である場合、その代理人が次の欄を記入してください。

代理人氏名 （※） 続柄

※代理人が手書きしない場合は、記名押印してください。

代理人住所 都 道
府 県

電話番号

太枠内は、必ず記入してください。

フリガナ 氏名	アンジョウ 知郎 安城 太郎		性別	男
生年月日	西暦 1940年 10月 10日			
住所	安城市 桜町18番23号		避難先は、避難所一覧から選ぶか、親戚宅等への避難も検討してください。 水害の場合、垂直避難のほか、水害ハザードのない避難所や親戚宅への避難を検討してください。	
電話番号	① 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先			
その他(FAX・メール等)	お電話よりも連絡の取りやすい手段がある場合はご記入下さい。			
避難先	水害 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅内で2階以上への垂直避難を予定 <input checked="" type="checkbox"/> 浸水想定範囲外	地震 桜町小学校		
避難方法	移動手段 (所要時間 分)	移動手段 車いす (所要時間 15分)		
地域のルール	〇〇公園に集合 玄関に連絡カードをかける		毎日飲む薬など必要なもの。緊急時持ち出し袋の保管場所など。	
必要な持ち物	スマートフォン、常備薬(リビング)、緊急持ち出し袋(玄関)、猫のケージ			
必要機器	歩行補助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 同行者 /車いす 自走(<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 電動 <input checked="" type="checkbox"/> 自己所有のみ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 酸素マスク <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 加湿器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 発電機 <input type="checkbox"/> ポータブル電源 <input type="checkbox"/> その他()			
避難支援等を必要とする事由	介護認定 <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 / <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 認知症 障害区分 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 難病 その他 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし高齢者認定 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> 疾患等			
避難時に配慮が必要な事項	<input type="checkbox"/> ものが見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー() コミュニケーション <input type="checkbox"/> 会話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> その他() 自分の意思を伝えられるか <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 具体的な要求のみ伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない 日常の意思決定を行えるか <input type="checkbox"/> 行える <input type="checkbox"/> 支援があれば行える <input type="checkbox"/> 行えない <input type="checkbox"/> その他()			
<input checked="" type="checkbox"/> 避難の判断及び避難をするのに支援が必要なため、次のとおり避難サポーターを届け出ます(各欄に記入)。 <input type="checkbox"/> 自分自身で避難の判断及び避難ができるため、避難サポーターは必要ありません(各欄の記入不要)。				
避難サポーター①	フリガナ 氏名又は名称	にしお 花子 西尾 花子	続柄等 子	
	住所又は所在地	桜町3番〇号		
	電話番号・FAX・メール等	① 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	
	支援方法	<input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 安否確認 <input checked="" type="checkbox"/> 避難先へ同行 <input type="checkbox"/> その他()		
避難サポーター②	フリガナ 氏名又は名称	避難サポーターとして、同居の家族やご近所に住んでいる等、災害時の避難支援を実際に行う予定の方に、同意を得たうえで記入してください。その際、支援方法を相談し、あてはまるものに <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 ※避難サポーター①はできるだけ記入してください。②は任意です。 特定の個人を書いていただくことが望ましいですが、〇〇福祉委員会、〇〇町の見守りネットワークなど、地域の団体名を書いていただくこともできます。 ※必ず団体と相談し、同意を得た上でご記入ください。		
	住所又は所在地			
	電話番号・FAX・メール等			
	支援方法			

同居家族	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他()		人数 2 人 (本人を含む)
	家族と一緒に避難できる時間帯			
	ペット	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(猫 1 、犬 1 避難時 <input checked="" type="checkbox"/> 同伴 ・ <input checked="" type="checkbox"/> その他(猫は同伴、犬は自宅庭で飼育))		
緊急時 連絡先①	フリガナ 氏名	アンジョウ ジロウ 安城 次郎 続柄 子		
	住所	〇〇市〇〇町10番10号		
	電話番号	① 090-0000-0000 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	
	その他(FAX・メール等)			
緊急時 連絡先②	フリガナ 氏名	続柄		
	住所			
	電話番号	① <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	② <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先	
	その他(FAX・メール等)			
町内会への加入	<input checked="" type="checkbox"/> 加入している(町内会名 〇〇町内会) ・ <input type="checkbox"/> 加入していない			
民生委員	氏名	電話番号		
以下は、必要に応じて記入してください。				
避難先での 配慮事項	<input type="checkbox"/> 食事	<input type="checkbox"/> 排泄		
	<input type="checkbox"/> 入浴	<input type="checkbox"/> 就寝時		
	<input type="checkbox"/> その他			
利用している サービス 等	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 訪問診療		
	<input type="checkbox"/> ヘルパー訪問	<input type="checkbox"/> 訪問看護		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他	デイサービス〇〇(毎週月・水)		
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員	事業所名	ケアステーション〇〇	電話番号 0566-00-0000	
	氏名	〇〇 〇〇	電話番号	

※別添資料 緊急時連絡票 利用サービス週間予定表 医療的ケア児者サポートブック
その他()

※記入した内容に変更がある場合は、安城市福祉部社会福祉課(TEL 0566-71-2262/FAX 0566-74-6789)に連絡してください。

作成者・所属等	西尾 花子		連絡先	090-0000-0000	
作成日	西暦	2023年 10月 1日	受付日	西暦	年 月 日
更新日	年 月 日				

避難先(水害)

避難先(地震)

避難経路

※避難の際に注意すべき箇所(水没や塀の倒壊のおそれがある等)を避けた避難経路を記入してください。
※地域で「手づくりハザードマップ」を作成している場合は、危険箇所等を参考にしてください。

- ・文章での説明(○○交差点を渡って左折など)
- ・地図を張り付けて線を引く
- ・地図を記入 など

※水害と地震で避難先が異なる場合は、2種類記入してください。

いずれかにを入れてください。

自宅内での避難支援を必要とする場合は自宅図面を記入し主に過ごす場所と、避難経路を示して下さい。

自宅図面

自宅内で避難支援を行う必要が
(垂直避難、玄関までの移動の支援等)

ある(出入口、寝室、普段いる部屋等が分かる自宅図面を記入してください。)

ない(出入口、寝室、普段いる部屋等が分かる自宅図面を任意で記入してください。)

