

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。個別避難計画を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、個別避難計画の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、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： _____ ）

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			性別
生年月日	年	月	日
住所	安城市		
電話番号	① □自宅 □携帯電話 □勤務先	② □自宅 □携帯電話 □勤務先	
その他(FAX・メール等)			
避難先	水害 □自宅内で2階以上への垂直避難を予定 □浸水想定範囲外	地震	
避難方法	移動手段 (所要時間 分)	移動手段	(所要時間 分)
地域のルール			
必要な持ち物			
必要機器	歩行補助 □杖 □歩行器 □同行者 /車いす 自走(□可 □不可) □電動 □自己所有のみ □人工呼吸器 □在宅酸素 □酸素マスク □吸引器 □加湿器 □点滴 □胃ろう □発電機 □ポータブル電源 □その他()		
避難支援等を必要とする事由	介護認定 □要介護5 □要介護4 □要介護3 /□寝たきり □認知症 障害区分 □肢体 □視覚 □聴覚 □療育 □精神 □難病 その他 □ひとり暮らし高齢者認定 □日中独居 □高齢者のみ世帯 □疾患等		
避難時に配慮が必要な事項	□ものが見えない(見えにくい) □音が聞こえない(聞こえにくい) □てんかん □アレルギー() コミュニケーション □会話 □筆談 □文字盤 □その他() 自分の意思を伝えられるか □伝えられる □具体的な要求のみ伝えられる □伝えられない 日常の意思決定を行えるか □行える □支援があれば行える □行えない □その他()		
□ 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)。 □ 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	続柄等	
	住所又は所在地		
	電話番号・FAX・メール等	① □自宅 □携帯電話 □勤務先	② □自宅 □携帯電話 □勤務先
	支援方法	□情報伝達 □安否確認 □避難先へ同行 □その他()	
避難サポーター②	フリガナ 氏名又は名称	続柄等	
	住所又は所在地		
	電話番号・FAX・メール等	① □自宅 □携帯電話 □勤務先	② □自宅 □携帯電話 □勤務先
	支援方法	□情報伝達 □安否確認 □避難先へ同行 □その他()	

同居家族	続柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 他()		人数 (本人を含む。) 人
	家族と一緒に避難できる時間帯			
	ペット	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(避難時 <input type="checkbox"/> 同伴 ・ <input type="checkbox"/> その他())		
緊急時 連絡先①	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)			
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 type="checkbox"/> 加入している(町内会名) ・ <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 type="checkbox"/> その他			
<input type="checkbox"/> 地域包括支援 センター <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員	事業所名	電話番号		
	氏名	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				連絡先
作成日	年	月	日	受付日
更新日	年	月	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。

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。)