

安城市避難行動要支援者個別避難計画

○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。

いずれかに☑をつけて下さい。

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

署名をしてください

(※)

住 所

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

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、それ以外のようにとに使用することや情報を漏らす事を禁止します。

作 成	年 月 日		
変 更	年 月 日	理 由	
廃 止	年 月 日	理 由	
整理番号		個人CD	
問合せ先	安城市役所 福祉部 社会福祉課	電話0566-71-2262	

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)	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	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			
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 ☐ 該当する箇所に☑を入れてください ☐ 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 ☐ 該当する箇所に☑を入れてください () 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 ☐ 自分自身で避難の判断及び避難			
いずれかに☑を入れてください。支援が必要な場合は必ず避難サポーター①を記入してください			
避難サポーター①	フリガナ 氏名又は名称	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
	支援方法	☐ 情報伝達 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☑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。	
	フリガナ 氏名又は名称	住所又は所在地	
避難サポーター②	電話番号・FAX・メール等	① □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()	
	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。		

同居家族	続柄	☐ 父 ☐ 母 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 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	☐ 無 ・ ☒ 有(猫1 避難時 ☐ 同伴 ・ ☐ その他())		
緊急時 連絡先①	フリガナ 氏名	アンジョウ ジロウ 続柄 子 安城 二郎		
	住所	〇〇市〇〇町10番10号		
	電話番号	① 090-0000-0000 ②		
	☐ 自宅 ☒ 携帯電話 ☐ 勤務先 その他(FAX・メール等)			
緊急時 連絡先②	フリガナ 氏名	要支援者本人による意思確認等ができない場合の連絡先を記入してください。 ここに記入した方へ避難サポーターの役割をお願いするものではありません。		
	住所			
	電話番号	① ②		
	☐ 自宅 ☐ 携帯電話 ☐ 勤務先 その他(FAX・メール等)			
町内会への 加入	☐ 加入している(町内会名 〇〇町内会) ・ ☐ 加入していない			
民生委員	氏名	記入不要		
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	☐ 食事	☐ 排泄		
	☐ 入浴	☐ 就寝時		
	☐ その他			
利用している サービス 等	☐ 人工透析	☐ 訪問診療		
	☐ ヘルパー訪問	☐ 訪問看護		
	☐ その他	デイサービス〇〇(月・水)		
☐ 地域包括支援 センター ☐ 介護支援専門員 ☐ 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	
	氏名	〇〇 〇〇	電話番号	0566-00-0000
※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	2023 年 10 月 10 日	受付日	年 月 日	
更新日	年 月 日			

避難先(水害)	避難先(地震)
自宅	桜町小学校

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(〇〇交差点を渡って左折など)
 ・地図を貼りつけて線を引く
 ・地図を記入 など

※水害と地震で避難先が異なる場合は2種類記入して下さい。

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。)

