作成日：令和　　年　　月　　日

№

避難行動要支援者　個別避難計画兼同意書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 自主防災会 |  | 町内会 |  |
| フリガナ |  | 生年月日(西暦) | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 小千谷市 |  | 電話 |  |
| 緊急時の連絡先(家族・知人等) | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 同居の家族等 | [ ] 無　　[ ] 有（　　　）人　 | 家族構成 | （[ ] 日中独居　[ ] 夜間独居） |
| 支援が必要な理由 | [ ]  要介護認定　介護度3～5　　 　　　[ ]  在宅医療機器使用者[ ]  身体障害者手帳　1級または2級（障害名：　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  療育手帳Ａ判定　　　　　　　　　　[ ]  精神障害者保健福祉手帳１級[ ]  難病患者・小児慢性特定疾病患者（病名：　　　　　　　　　　　　　　　）[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 必要な支援内容 | [ ]  安否確認・情報伝達　　　　　　　　[ ]  避難所までの付き添い・搬送 |
| 支援時に配慮が必要なこと | [ ]  立つことや歩行が困難　　　　　　　[ ]  物が見えないまたは見にくい[ ]  危険なことを判断できない　　　　　[ ]  音が聞こえないまたは聞こえにくい[ ]  言葉や文字の理解が難しい　　　　　[ ]  顔を見ても知人や家族とわからない[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常時必要な医薬品・医療器具 | 医薬品 |  | 医療器具 |  |
| その他留意事項(上記以外の特別な事情や必要品等を記入) |  |
| 定期的に利用している医療機関や介護・障害 福祉事業所 |  | 利用状況 |  | 電話(担当者が分かる場合は氏名も記入) |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 避難支援等関係者 | 氏名(団体名) |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| 氏名(団体名) |  | 本人との関係 |  |
| 住所 |  | 電話 |  |
| ハザード情報（ハザードマップで確認） |
| 洪　　水　〔 [ ]  浸水想定区域内（浸水深 |  | メートル）　・　[ ]  区域外 〕 |
| 土砂災害　〔 [ ]  土砂災害警戒区域内　・　[ ]  区域外 〕 |
| 避難先（避難所または親族・知人宅など） |
| 地震等 |  |
| 水害 | [ ]  自宅の浸水しない場所（２階以上など）　[ ]  その他（　　　　　　　　　） |
| 原子力災害(屋内退避場所) | [ ]  自宅　　[ ]  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 原子力災害時の支援 |
| 屋内退避指示 | [ ]  安否確認・情報伝達[ ]  屋内退避における外気の取込み防止等[ ]  屋内退避場所または一時集合場所までの移動支援 | 広域避難 | [ ]  自力避難可能（ご家族の支援あり）[ ]  避難支援等関係者の車両で避難[ ]  一時集合場所からバスで避難 |
| 自由記述欄（避難経路図や居所の見取図などを添付・記載、避難誘導時の注意点など） |
|  |

　避難行動要支援者は、避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、避難支援等関係者から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、避難支援等関係者やその家族等の安全確保が前提となるため、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ありません。また、地域支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

小千谷市長　あて

私は、上記内容を理解し、災害発生時において地域の支援を受けたいので、避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の個人情報について、避難支援等関係者（自主防災組織、民生委員・児童委員、消防本部、警察署、社会福祉協議会、その他避難支援等の実施に携わる関係者）及び市防災部局・福祉部局・保健部局へ平常時から提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　本人氏名

代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　関　　係

代筆者住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

※本人が自署できない場合は、代筆者が署名し、代筆者について記入してください。