

避難行動要支援者 個別避難計画兼同意書

自主防災会	〇〇自主防災会		町内会	〇〇町内会	
フリガナ 氏名	オヂヤ タロウ			生年月日 (西暦)	19〇〇年〇月〇日
	小千谷 太郎			性別	男・女
住所	小千谷市 城内 2-7-5			電話	0258-00-0000 090-0000-0000
緊急時の 連絡先 (家族・知人等)	氏名	小千谷 花子		本人との 関係	子
	住所	小千谷市〇〇-△△-□□		電話	080-0000-0000
	氏名	小千谷 一郎		本人との 関係	弟
	住所	◇◇市〇〇-△△-□□		電話	090-0000-0000
同居の 家族等	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (1) 人	家族構成	子 (<input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 夜間独居)		
支援が 必要 理由	<input type="checkbox"/> 要介護認定 介護度 3~5 <input type="checkbox"/> 在宅医療機器使用者 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 1級または2級 (障害名: 下肢不自由) <input type="checkbox"/> 療育手帳 A判定 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 1級 <input type="checkbox"/> 難病患者・小児慢性特定疾病患者 (病名:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
必要な 支援内容	<input type="checkbox"/> 安否確認・情報伝達 <input checked="" type="checkbox"/> 避難所までの付き添い・搬送				
支援時に 配慮が 必要 こと	<input checked="" type="checkbox"/> 立つことや歩行が困難 <input type="checkbox"/> 物が見えないまたは見にくい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input checked="" type="checkbox"/> 音が聞こえないまたは聞こえにくい <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族とわからない <input type="checkbox"/> その他 ()				
常時必要な 医薬品・医療器具	医薬品	高血圧の薬 毎食後		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)	自力歩行ができないため車いすを使用。乗り降りに支えが必要。 耳が聞こえにくいのでゆっくり話してほしい。 <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center;">できるだけ具体的に記入してください。</div>				
定期的に 利用している 医療機関や 介護・障害 福祉事業所	〇〇病院	利用状況	〇〇科	電話	〇〇先生 0258-00-0000
	〇〇デイサービス センター		デイサービス 週2回 (火・金)	(担当者が 分かる場 合は氏名 も記入)	0258-00-0000
	〇〇事業所		訪問		〇〇 〇〇相談員 0258-00-0000
避難支援 等関係者	氏名 (団体名)	防災 二郎		本人との 関係	近所
	住所	小千谷市〇〇-△△-□□		電話	080-0000-0000
	氏名 (団体名)	防災 三郎		<div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">災害時に備えて、あらかじめ支援してくれる方を決めておくことが大切です。ご家族やご近所の方などに同意を得たうえ、できるだけ支援者を記入してください。</div>	
	住所	小千谷市〇〇-△△-□□			

ハザード情報（ハザードマップで確認）			
洪水〔 <input checked="" type="checkbox"/> 浸水想定区域内（浸水深 1メートル） ・ <input type="checkbox"/> 区域外 〕			
土砂災害〔 <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域内 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 区域外 〕			
避難先（避難所または親族・知人宅など）			
地震等	<input type="checkbox"/> 学校 <input checked="" type="checkbox"/> 長男宅など		
水害	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅の浸水しない場所（2階以上など） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
原子力災害 （屋内退避場所）	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
原子力災害時の支援			
屋内退避指示	<input type="checkbox"/> 安否確認・情報伝達 <input type="checkbox"/> 屋内退避における 外気の取込み防止等 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自力避難可能 （ご家族の支援あり） <input type="checkbox"/> 避難支援等関係者の車両で避難 <input checked="" type="checkbox"/> 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）			
<p>・避難経路</p> <p>自宅⇒〇〇信号を左折⇒〇〇の角を右折⇒直進⇒〇〇〇小学校正門</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <p>地図は必須ではありません。 既存のものをコピーして貼り 付けても、避難先が分かれば 文章でも良いです。</p> </div>			

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。

令和〇年〇月〇日

本人氏名 小千谷 太郎

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。