**避難行動要支援者のための個別避難計画**

作成年月日　令和○○年○○月○○日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 基　　本　　情　　報 | フリガナ | 　ボウサイ　チョウコ | 性　 別 | 男　　・　　女 |
| 氏名 | 　防災　銚子 |
| 生年月日 | 昭和○○年○○月○○日(○○歳) | 電話番号及び携帯番号自宅　0479(○○)○○○○携帯　○○○(○○○○)○○○○ |
| 住所 | 〒288-○○○○銚子市○○町○○-○ |
| FAX　0479(○○)○○○○ |
| メ ー ルアドレス | 　△△△△△△△＠△.jp |
| 家族構成・同居情報等 | 独居 | 居　住　建　物 | 構　造 | 木造・鉄筋・鉄骨　　　　　　　　　　　 | 家具固定の有無 | 有 |
| （見取図：寝室の位置、普段いる部屋等）平屋建て |
| 要 支 援 者 の 情 報 | 避難時に配慮する事　　項(あてはまるものすべてに☑） | ☑介護保険の認定を受けている【要介護状態区分　要介護１　　　　　　　　　 】□手帳所持【障害名　　　　　　　　　　　　　等級　　　　　　　　 　　　　】□特定医療費、小児慢性特定□医療機器を装着している【　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　】□立つことや歩行ができない　　☑音が聞こえない(聞き取りにくい）□物が見えない(見えにくい）　 □言葉や文字の理解が難しい□危険なことを判断できない　　□顔を見ても知人や家族とわからない☑その他　　　移動時は歩行車を使用。長距離の移動は難しい。　　　　　　　 |
| 利用中の福　　祉サービス | 利用サービス | ヘルパー(月)(水)(金)10時～11時、通所介護(火)(木)10時～16時 |
| ケアマネ・事業所名 | 〇〇ケアマネ・○○○会 | 電話 | 0479（□□）□□□□ |
| 医療情報 | かかりつけ医療機関○○医院・△△耳鼻科・□□眼科 | 携行医薬品胃薬、鎮痛剤、睡眠導入剤 |
| 緊急時連絡先 ① | フリガナ | ボウサイ　タロウ | 申請者との関係 | 連絡のとれる電話番号 |
| 氏名 | 防災　太郎 | 長男 | 〇〇〇(○○○○)○○○○ |
| 住所 | 〒288-○○○○銚子市□□町○○-○○ |  |
| 緊急時連絡先 ② | フリガナ | アンゼン　ハナヨ | 申請者との関係 | 連絡のとれる電話番号 |
| 氏名 | 安全　花代 | 次女 | 〇〇〇(○○○○)○○○○ |
| 住所 | 〒〒○○○-○○○○△△市□□町○○-○○ |  |

・自宅より徒歩１０分（歩行車使用）

・段差などは無いが、道路の横断が

あるため注意が必要。

|  |  |
| --- | --- |
| 住まいに起こりうる災害 | ☑洪水浸水想定区域　　（　0.5ｍ未満　・　0.5～3m未満　・　3ｍ以上　）□土砂災害警戒区域　　　　　　　　□津波浸水想定区域　　　　　　　　　 |
| 避難場所 | 地　震 | 〇〇公園 |
| 風水害 | △△中学校 |
| 緊急時の情報伝達の流れ | （例）市役所→防災メール→本人　伝達時の注意など防災行政無線、防災ラジオ、ＴＶ、携帯で情報を確認する。 |
| 避難誘導時の注意事項 | 移動支援（平常時の外出には、歩行車を使用している） |
| 避　　難　　経　　路 | ※自宅から避難所までの経路を図示してください。別紙として地図を添付しても構いません。 |
| 避難支援者 ① | フリガナ | ボウサイ　イチロウ | 申請者との関係 | 連絡のとれる電話番号 |
| 氏名 | 防災　一郎 | 弟 | ○○○(○○○○)○○○○ |
| 住所 | 〒288-○○○○銚子市□□町○○－○ |  |
| 避難支援者 ② | フリガナ | ゲンサイ　ヨシコ | 申請者との関係 | 連絡のとれる電話番号 |
| 氏名 | 減災　良子 | 隣人 | ○○○(○○○○)○○○○ |
| 住所 | 〒288-○○○○銚子市△△町○○ |  |

上記の内容について、誤り等がないこと、また、心身等の状況変化に応じて計画を見直すこと、避難支援関係者に計画情報を提供することに同意します。

また、避難支援者とその家族の安全が図れた段階で支援が可能になることについても理解しました。

　令和○○年○○月○○日

氏　　名　　　　　防災　銚子

代理署名　　　　　防災　太郎（本人との関係　長男　）