

あなたが保管するもの ※ このページは記入後切り離し、あなたが保管してください。  
記載した情報に変更が生じた際は、狭山市防災課へご連絡ください。

## 狭山市避難行動要支援者避難支援プラン(個別避難支援計画書)【新規・変更】

(宛先) 狭山市長

私は、狭山市避難行動要支援者避難支援プランの趣旨に賛同し、私の避難に係る支援計画を作成することを希望します。  
また、私の計画書を市関係部局間で共有するとともに、避難支援者及び地域支援者へ提供することに同意します。

(★申請日) 令和 年 月 日 ★氏名(自筆)

※代理申請の場合はこちらもご記入ください	
住所	氏名 (続柄)

### 1 申請者(要支援者)個人情報 ①

★氏名	フリガナ	★生年月日	明・大・昭・平・令		
		・年齢	年 月 日 歳		
★住所	(郵便番号)	★電話番号	男・女		
		★携帯電話番号			
		FAX			
		★世帯構成	(本人含む) 人		
自治会		保険証番号		担当民生委員	
★要支援者種別	一人暮らし高齢者	寝たきり高齢者	認知症高齢者	75歳以上高齢者	要支援・要介護認定者(※1)
	身体障害者手帳所持者※2 (視覚障害・聴覚又は平衡機能障害・音声機能、言語機能又はそしゃく機能障害・肢体不自由・内部機能障害)				
	精神障害者保健福祉手帳所持者	難病患者(※3)	療育手帳所持者(※4)	その他( )	
※1~4 介護度・病名・等級 記入欄					

### 2 申請者(要支援者)個人情報 ②

居住建物	構造	木造・鉄骨造・鉄筋コンクリート造	階数	階	建築年月	S・H・R	年 月
★普段いる場所	(昼間)	(夜間)					
★治療中の病気	・ない	血液型	(RH)	+	-		
	・ある 下記に記入してください	病院名	TEL				
★投薬	・飲んでいない	・飲んでいる(薬名)					
★装具	・使っていない	・使っている(装具名)					
★避難行動時の留意点	1 音が聞こえない、聞き取りにくい	8 家族や知人を判別できない	15 特殊な治療薬剤を常用している(薬名: )				
	2 物が見えない、見えにくい	9 精神的な動揺がはげしい					
	3 声が出ない、うまく話せない	10 車椅子を使用している	16 特に知っておいてほしいこと				
	4 立つことや歩行がうまくできない	11 杖や歩行器を使用している					
	5 支え等につかまることができない	12 在宅酸素療法をうけている					
	6 座った姿勢がとれない	13 人工呼吸器をつけている					
	7 状況を理解しにくい	14 人工透析をうけている					
一時集合場所		指定避難所					

## 記入に際しての注意事項

- 記載箇所は可能な限り、埋めてください
- 「★」が付いた項目は必須事項です。必ず記載してください  
ただし、『電話番号』と『携帯電話番号』のみ、所持していない場合は、「-」と記入してください
- 訂正する場合には二重線を引き、訂正してください

### 3 避難生活時の留意情報

指定避難所内 居住場所	一般避難者と同じで可	個室が必要	ベッド等の設備が必要
	※個室が必要な理由		
a	ペット	飼っていない	飼っている ( )
b	食物アレルギー	ない	ある ( )
c	排泄	自力で可	介助が必要 ( )
その他	注意してほしいことがあれば記入してください		

### 4 支援者情報

★避難支援者1	★氏名または団体名	フリガナ	★電話番号	
			★携帯電話番号	
	★住所		FAX	
			★申請者との関係	
避難支援者2	氏名または団体名	フリガナ	電話番号	
			携帯電話番号	
	住所		FAX	
			申請者との関係	
避難支援者3	氏名または団体名	フリガナ	電話番号	
			携帯電話番号	
	住所		FAX	
			申請者との関係	

### 5 緊急時連絡先 ※日常生活において申請者(要支援者)の比較的身近にいる方を優先

★氏名または組織名	フリガナ	★続柄(個人の場合)	
		★電話番号	
★住所	(郵便番号)	★携帯電話番号	
		FAX	

災害時の避難行動の支援を約束するものではなく、また、避難支援者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

提供先 自治会(市と名簿の管理に関して協定を締結している自治会に限ります)  
担当民生委員・児童委員