

記入例

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 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

★氏名(自筆) 狭山 一郎

※代理申請の場合はこちらもご記入ください
住所 狭山市入間川0-0-0 氏名 狭山 よし子 (続柄 妻)

1 申請者(要支援者)個人情報 ①

★氏名 フリガナ サヤマ イチロウ 狭山 一郎
★生年月日 明・大・昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
★性別 (男) ・ 女
★電話番号 04-1111-0001
★携帯電話番号 090-1111-0001
FAX 04-1111-0002
★世帯構成 (本人含む) 2 人
自治会 〇〇自治会
保険証番号 1234567-123
担当民生委員 根岸 冬子
★要支援種別 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 2 階 建築年月 S.H.R 50年 4月
★普段いる場所 (昼間) 1階 居間(玄関右) (夜間) 1階 和室(玄関右)
★治療中の病気 ない ある 下記に記入してください
病名 糖尿病 病院名 TEL
★投薬 飲んでいない 飲んで(薬名 インスリン注射)
★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
2 物が見えない、見えにくい
3 声が出ない、うまく話せない
4 立つことや歩行がうまくできない
5 支え等につかまることができない
6 座った姿勢がとれない
7 状況を理解しにくい
8 家族や知人を判別できない
9 精神的な動揺がはげしい
10 車椅子を使用している
11 杖や歩行者を使用している
12 在宅酸素療法をうけている
13 人工呼吸器をつけている
14 人工透析をうけている
15 特殊な治療薬剤を常用している(薬名)
16 特に知っておいてほしいこと
ひざに痛みがあるため、歩くのに介助が必要
耳が遠いため、電話での会話、騒々しい場所での会話聞き取りにくい
一時集合場所 〇〇公園 指定避難所 〇〇小学校

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

Table with 4 columns: 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, ペッド等の設備が必要. Rows include ペット, 食物アレルギー, 排泄, その他.

4 支援者情報

Table with 4 columns: 氏名または団体名, 電話番号, 住所, 申請者との関係. Rows include 柏原 夏男, 笹井 秋男, 根岸 冬子.

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

Table with 4 columns: 氏名または組織名, 続柄(個人の場合), 電話番号, 住所. Includes 狭山 春男, 所沢市並木0-0-0.

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