

市へ提出するもの ※ このページは記入後切り離し、狭山市防災課またはお近くの地区センターへ提出してください。

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をご記入ください

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
	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)	75歳以上高齢者	要支援・要介護認定者(※1)
	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)
	※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)					
	・ない	血液型	(RH)	+	-		
★治療中の病気	・ある 下記に記入してください	病院名	TEL				
	・飲んでいない	・飲んでいる(薬名)					
★投薬	・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	16 特に知っておいてほしいこと				
	3 声が出ない、うまく話せない	10 車椅子を使用している					
	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)	
★住所	(郵便番号)	★電話番号	
		★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