

# 新城市個別計画（記入例）おもて面

作成年月日 令和7年 9月 1日

計画作成者	新城花子
本人との関係	親族（妹）

## ○基本情報（家族・親族等）

ふりがな	しんしろ たろう	生年月日	T・㊦・H・R	年齢	80才
氏名	新城 太郎	20年 4月 1日		性別	男・女
住所	新城市 字東入船〇〇〇番地			行政区	区 入船
電話	0536-〇〇-〇〇〇〇				
	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

## ○緊急連絡先（家族・親族等）

氏名	新城 花子	関係	親族（妹）	電話	0536-〇〇-〇〇〇〇
住所	新城市 字西入船 〇〇〇番地				090-〇〇〇〇-〇〇〇〇

## ○心身の状況（該当項目にチェック、または○をつけ、必要に応じて「その他」にご記入ください。）

①移動	<input checked="" type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他：室内の移動はできるが、不安定で転倒しやすい。 単独外出は困難である。
②介護認定区分（介護保険）	要支援1・2 要介護1・2・③・4・5
③障害支援区分（障害福祉）	1・2・3・4・5・6
④身体障害者手帳	1・2・③・ 級 障害名：下肢機能障害
⑤療育手帳	A・B・C
⑥精神障害者保健福祉手帳	1・2・3
⑦医療的ケア	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input checked="" type="checkbox"/> その他 紙おむつ

## ○避難時に配慮が必要な事項（避難支援等を必要とする理由）

<input checked="" type="checkbox"/> 自力による移動が難しい <input type="checkbox"/> 目が見えない <input checked="" type="checkbox"/> 耳が聞こえない（聞き取りにくい） <input type="checkbox"/> 言語や文字の理解が難しい <input checked="" type="checkbox"/> 日中・夜間は一人であるため避難ができない。	<input type="checkbox"/> その他（具体的に） 日中はデイサービス、ヘルパーを使いながら生活している。 一人で避難できないため、支援が欲しい。
--	--

## ○支援者（災害発生時に安否確認や避難先まで避難を手伝ってくれる人）

①氏名	新城 花子	関係	親族（妹）	電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	新城市 字西入船 〇〇〇番地				
②氏名	防災 太郎	関係	隣人	電話	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇
住所	新城市 字西入船 〇〇〇番地				

○住宅情報

うら面

建物	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他
建築時期	昭和60年4月頃 ・ 不明 (おおよそでも構いません)
ペット	<input checked="" type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる ( )
隣人と関わり	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

○災害時の避難先

避難先	新城小学校
移動手段	徒歩

○避難先までの経路

※経路については、地図を張り付ける、手書き、文章で書くなど記載方法は問いません。



○その他特記事項、伝えておきたいこと (自由記述)

○同意欄

私は、本計画の内容について、災害時の安否確認や避難支援、災害時に備えた平常時の見守り活動のため、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者(市の関係部署、警察、民生・児童委員、自治会、本人自身が支援者として指定した者)に平常時から情報提供されることに同意します。また、支援者は、自らが可能な範囲において私の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任を負わないことについて承諾しました。

本人署名 新城 太郎

※本人が署名できない場合又は未成年の場合は、下記に代理の方の署名をお願いします。

代理人署名 \_\_\_\_\_

(本人との関係) \_\_\_\_\_