

新城市個別避難計画

作成年月日 年 月 日

計画作成者	
本人との関係	

○基本情報（家族・親族等）

ふりがな		生年月日	T・S・H・R	年齢	才
氏名			年 月 日	性別	男・女
住所	新城市			行政区	区
電話	— —				
	— —				

○緊急連絡先（家族・親族等）

氏名		関係		電話	— —
住所					— —

○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 type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他：				
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	１・２・３・４・５・６				
④身体障害者手帳	１・２・３・ 級 障害名：				
⑤療育手帳	A・B・C				
⑥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 type="checkbox"/> その他				

○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 type="checkbox"/> 自力による移動が難しい <input type="checkbox"/> 目が見えない <input 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 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）

○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		関係		電話	— —
住所					
②氏名		関係		電話	— —
住所					

○住宅情報

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

○災害時の避難先

避難先	
移動手段	

○避難先までの経路

○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は負わないことについて承諾しました。

本人署名

※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)