上尾市避難行動要支援者個別避難計画票

|  |  |
| --- | --- |
| 　※児童の場合は（　）で保護者の氏名を記入 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　齢 | 　歳 |
| 住　所 | 上尾市 |
| 性 別(任意記入) | 男 ・ 女 | 電話番号 |  |
| 携帯番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス | ＠ |
| 同居家族構成（本人以外） | 氏名（フリガナ） | 続柄 | 性別 | 年齢 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急時の連絡先 | フリガナ |  |
| 氏名（団体名） |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  | 関係性 |  |
| 避難支援等実施者情報① | フリガナ |  |
| 氏名（団体名及び代表者名） |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 避難支援等実施者情報② | フリガナ |  |
| 氏名（団体名及び代表者名） |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 避難支援などが必要な理由(あてはまるところ全てに☑) | □ 介護保険の認定を受けている →（要介護　３ ・ ４ ・ ５ ）□ 手帳を所持している （手帳の種類：身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳）　※該当する手帳の種類に○を付けてください。（等級：　　　　　　　　　）　□ 指定難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている。（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）* その他
 |
| 配慮してほしい事項 | * 医療機器の装着等をしている。
 | * 立つことや歩行ができない。
 |
| * 音が聞こえない。（聞き取りにくい）
 | * 物が見えない。（見えにくい）
 |
| * 危険なことを判断できない。
 | * 言葉や文字の理解が難しい。
 |
| * その他
 |
| 必要な支援 | （避難時）**例：車椅子・筆談・誘導等** |
| （避難生活時） |
| 地域で関わりのある人（自治会・自主防災会等） |  |
| 関わりのある専門職（主治医・ケアマネ等） | 名 称 |  | 住所 |  |
| 連絡先 |  |
| 自宅の水害リスク※ハザードマップで確認 | * 浸水想定区域内
 | 浸水深　　　　　　　ｍ |
| * 浸水想定区域外
 |
| 想定している避難場所① | 名 称 |  |
| 住 所 |  |
| 想定している避難場所② | 名 称 |  |
| 住 所 |  |
| 避難経路情報 |
| 特記事項　※その他、避難に必要な事項をご記入ください。（例：常備薬の一覧や、本人が不在で連絡が取れない場合の対応など） |
| 個別避難計画は、避難行動要支援者の円滑かつ迅速な避難を図るために作成するものです。本計画の作成は、①平常時は避難支援等関係者に、②災害が発生又は発生する恐れがある場合には、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者その他のものに、本計画の情報を提供します。個別避難計画の作成および情報提供に同意することにより、支援者（地域の方々）から災害発生時に避難の支援が受けられる可能性が高まります。ただし、支援者自身やそのご家族の身の安全が前提のため、必ず支援が受けられると保証するものではなく、また、支援者は法的な責任や義務は負いません。　以上の内容を理解し、避難の支援や安否の確認、その他の災害からの保護を受けるために、個別避難計画の作成および本計画の情報を上尾市地域防災計画に定める避難支援等関係者に提供することに同意します。**年　　月　　日　　　　署名（本人）**　　　　　代理署名した場合はその方の署名　　　　　　　　本人との関係　　　  |