

避難支援プラン(個別計画)

作成日: 年 月 日

自治会名				家族構成 <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 日中ひとり <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 障がい者のみ <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のいる世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者と障がい者のみの世帯 <input type="checkbox"/> その他()		
避難行動要支援者	ふりがな氏名		男女			
	住所	〒 — 米原市		生年月日		
	電話			血液型		
	F A X			携帯電話		
					メールアドレス	
緊急連絡先	ふりがな氏名		連絡先	自宅電話		
				F A X		
				携帯電話		
	住所	〒		連絡先	続柄	
					自宅電話	
					F A X	
	住所	〒		連絡先	携帯電話	
					続柄	
					自宅電話	
	住所	〒		連絡先	F A X	
					携帯電話	
					続柄	
避難支援を必要とする事項		※あてはまるものすべてにチェック <input type="checkbox"/> 立つことや歩行ができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> 顔を見ても知人や家族がわからない <input type="checkbox"/> その他 ()				
		指定避難所		福祉避難所(※必要な場合のみ)		
避難所						
避難する際に必要な支援の内容等		※移動に要する器具(車椅子、担架等)、持ち出すべきもの(くすり等)があれば記入します。				

<普段いる部屋、寝室の位置>			<その他特記事項> 不在の時の目印、避難済の目印など		
			担当ケアマネ等の氏名		
			連絡先		
避難支援者	住所	〒	連絡先	自宅電話	
				F A X	
	ふりがな氏名			携帯電話	
			その他		
	住所	〒	連絡先	自宅電話	
				F A X	
	ふりがな氏名			携帯電話	
			その他		
	住所	〒	連絡先	自宅電話	
				F A X	
	ふりがな氏名			携帯電話	
			その他		

上記、避難支援等関係者に提供した情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、**市、避難支援者、地域の避難支援等関係者**に提供することに同意します。

また、この避難支援プラン(個別計画)に掲載されている私以外の個人情報については、それぞれ本人から情報共有の同意を得ているので、申し添えます。

年 月 日

氏名(本人署名) _____

代理記載者のお名前 <small>※代理の方が記入した場合</small>	お名前		本人との関係	
	住所		連絡先	

※この避難支援プラン(個別計画)に関する情報は、要支援者の日常の見守り支援、災害時の安否確認、避難行動等の支援に役立つものであり、それ以外の用途に使用したり、他に情報を流したりすることを禁止します。