

個 別 避 難 計 画

作成日：令和 年 月 日

地 区 名	地区	自治会名	自治会	登録番号		
フリガナ				年齢	歳	性別
氏 名				生年月日	年 月 日	
住所又は居所				自宅電話		
				携帯電話		
居 住 建 物	普段いる部屋					
	寝室の場所					
	建物の階数		階（アパート等： 階中、自宅は 階）			
家族構成・同居状況等	独居		高齢者のみ世帯（ 人）		その他（ 人）	
	福井市ひとり暮らし等高齢者登録資格認定者					
支援が必要な時間帯	常時		昼間	夜間	その他（ ）	
要介護認定/手帳状況	要介護認定		身体障害者手帳	療育手帳	精神障害者保健福祉手帳	
医療福祉サービス等	かかりつけ医療機関			電話番号		
	居宅介護支援事業所 相談支援事業所			電話番号		
緊急時連絡先	氏 名	続柄等（ ）		自宅電話		
	住 所			携帯番号		
連絡先の外部提供について本人の同意を得ること	氏 名	続柄等（ ）		自宅電話		
	住 所			携帯番号		
避難時に配慮しなくてはならない事項	<p>あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>立つことや歩くことができない 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） 言葉や文字の理解がむずかしい 危険なことを判断できない 顔を見ても知人や家族とわからない 一緒に持ち出すもの</p> <p>（ その他留意事項 ）</p> <p>（ ）</p>					

同意者名簿に掲載するためには、別途同意書の提出が必要です。

支援する内容	あてはまるものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> 情報伝達・安否確認をする 親族や関係者(利用施設など)に連絡し避難を開始させる 一緒に避難する その他 ()			
地域の 避難支援者 (情報の伝達者 及び避難の支 援を行う者)	氏名	続柄等 ()	連絡先	
	住所		携帯番号	
	同意確認	本人署名	口頭 ()	
	氏名	続柄等 ()	自宅電話	
	住所		携帯番号	
	同意確認	本人署名	口頭 ()	
	氏名	続柄等 ()	自宅電話	
	住所		携帯番号	
	同意確認	本人署名	口頭 ()	
	氏名	続柄等 ()	自宅電話	
	住所		携帯番号	
	同意確認	本人署名	口頭 ()	
避難場所	地震		風水害	
自宅から避難 場所までの 経路				
避難場所での 留意事項				
・記載内容に誤りがないことを確認しました。 ・記載内容について、地域の支援関係者（自主防災会長、自治会長、福祉委員、民生委員児童委員、地域 包括支援センター、介護支援専門員、相談支援専門員、避難支援者）で情報共有することを了承します。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;"> 本人署名 _____ 代理署名(本人との関係) _____ </div>				

提出した人:(氏名) _____ 自主防災会長・自治会長・福祉委員・
 民生委員児童委員・地域包括支援センター・介護支援専門員・相談支援専門員(○を記入してください)

(注意事項) 避難支援は、あくまでも普段からの地域の支え合いによって少しでも災害時の被害を減らそうとするもので、避難支援者の任意の協力により行われるものです。避難支援者の方にはお願いするのはできる範囲での支援であり、責任が問われるものではありません。また、見守り支援者が不在や被災等により、避難支援ができない場合があります。