

# 個別避難計画（避難支援プラン）

## 同意確認欄

※内容をご確認ください。

個別避難計画は、災害発生時、避難行動要支援者名簿に登録された方の避難支援の内容や方法等についてまとめ、状況に応じて支援が実施されるよう作成します。そのため、避難行動要支援者名簿に登録した内容とあわせて、記載された情報は民生・児童委員、自治公民館、自主防災組織、社会福祉協議会、消防機関、警察機関等の避難支援関係者へ外部提供されます。

上記をふまえ、個別避難計画の作成に、

令和 6 年 8 月 26 日

同意します。

→続けて下記の情報を記入して下さい。

本人署名 石垣 太郎

同意しません。

→下記の回答は不要です。

代筆者 石垣 花子

本人との関係 ( 妹 )

※代 本人のご署名、または代筆者のご署名をお願い  
※避 いします。代筆の場合は、本人との関係を記入  
必 してください。  
あ

の意思確認を行ったとみなします。  
の家族の安全確保が最優先となるため、  
者に法的な責任や義務が生じるものでも

※同意いただいた場合、登録いただいた内容は外部提供されますので、緊急連絡先や支援者になる方にはあらかじめ同意を得てください。

## 1. 個別避難計画に登録する情報

フリガナ	いしがき たろう		性別	男・女	生年月日	大・昭平・令 27年 8月 28日	血液型	A型
氏名	石垣 太郎							
住所	石垣市 真栄里672				自治会名	真栄里公民館		
本人連絡先	(自宅) ○○-○○ (携帯電話) ○○○-○○		メールアドレス					
緊急連絡先①	フリガナ	いしがき はなこ		本人との関係	妹			
	氏名	石垣 花子						
	(自宅) △△△-△△△		(携帯電話) △△-△△					
緊急連絡先②	フリガナ	おきなわ たろう		本人との関係	子			
	氏名	沖縄 太郎						
	(自宅) ××-×××		(携帯電話) ×××-×××					
世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり： 1 人 ( <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他 )							
介護認定	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		障害手帳等の等級	身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級	療育 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	精神 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
住まいの状況	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> マンション・アパート <input type="checkbox"/> エレベーター (あり・なし) <input type="checkbox"/> 普段いる部屋や寝室の場所 ( <u>玄関から入って右の部屋 (寝室)</u> )							

## 2. 避難支援の内容

避難支援者	①	(氏名)	石垣 花子	(関係)	妹	(電話)	△△-△△
		(住所)	登野城〇〇				
	②	(氏名)	沖繩 太郎	(関係)	知人(隣人)	(電話)	□□□-□□
		(住所)	真栄里673				
避難場所	大雨・台風 のとき	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅避難(自)	避難支援者とは、要支援者の避難の支援をしてくれる方です。個人に限らず、団体(字会や自主防災会など)を指定することもできます。記入する際は必ず相手の了承を得てください。 ※避難支援者の情報は、平時から関係者で共有され、避難支援等の活動に活用される可能性があります。				
		<input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人宅					
	<input type="checkbox"/> 避難所						
	<input type="checkbox"/> その他( )						
地震・津波 のとき	<input type="checkbox"/> 在宅避難(自宅の上階)						
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族・知人宅( 妹(石垣花子)宅へ避難 )						
	<input checked="" type="checkbox"/> 避難所	<input checked="" type="checkbox"/> 近隣の指定避難所( 平真小学校 )					
	<input type="checkbox"/> その他の避難所( )						
してほしい 支援	大雨・台風 のとき	<input checked="" type="checkbox"/> 安否の確認	<input type="checkbox"/> 避難の付き添い	<input type="checkbox"/> その他( )			
	地震・津波 のとき	<input type="checkbox"/> 安否の確認	<input checked="" type="checkbox"/> 避難の付き添い	<input type="checkbox"/> その他(自分で歩けないので介助してほしい)			
避難支援の留意点等(該当する□にチェック)							
<input checked="" type="checkbox"/> 歩行が困難 <input type="checkbox"/> 目が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 耳が聞こえない(聞こえにくい)							
<input type="checkbox"/> ゆっくり大声で話してほしい <input type="checkbox"/> ゆっくり歩いてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 車いすか自動車に乗せてほしい							
<input checked="" type="checkbox"/> その他( )							

わからない部分は空欄でもかまいませんが、ご本人の状況については、なるべくご記入をお願いします。

## 3. その他の情報

○担当の居宅介護支援事業所

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	電話番号	123-456-789
ケアマネ	石垣 空子		

○利用している介護・障害福祉サービス

①	事業所名	□□訪問介護サービス	サービス種別	
			電話番号	
②	事業所名		サービス種別	
			電話番号	

○かかりつけの医療機関等

医療機関名	石垣島徳洲会病院	電話番号	456-789-1023
治療中の疾患	心筋梗塞	使用薬、服用上の注意	ワーファリン