

始良市個別避難計画

利用者番号			調査年月日	年	月	日
	フリガナ					
	氏名					
	※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	
住所又は 居所						
性別	男 ・ 女			電話番号		
携帯番号				FAX番号		
メール アドレス						
同居 家族等						
避難場所	名 称					
	住 所					
緊急時の 連絡先①	フリガナ					
	氏名(団体名)					
	住 所					
	連絡先	電話番号1:		電話番号2:		
		メールアドレス:				
		その他:				
緊急時の 連絡先②	フリガナ					
	氏名(団体名)					
	住 所					
	連絡先	電話番号1:		電話番号2:		
		メールアドレス:				
		その他:				
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)					
	住 所					
	連絡先	電話番号1:		電話番号2:		
		メールアドレス:				
		その他:				
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)					
	住 所					
	連絡先	電話番号1:		電話番号2:		
		メールアドレス:				
		その他:				

避難時に 配慮しな くはなら ない事項	(あてはまるものすべてに☑)
	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けている 【要介護状態区分：】 <input type="checkbox"/> 手帳所持 【身（ 肢体 ・ 内部 ・ 視 ・ 聴 ・ 音声言語 ） ・ 知 ・ 精】 【 障害名：】 【 等級：】 <input type="checkbox"/> 障害支援区分 【】 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 医療機器の装着等をしている【 <input type="checkbox"/> 要電源】 【 内容：】 <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(聞き取りにくい) <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むずかしい <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とわからない <input type="checkbox"/> その他

特記事項	
------	--

避難支援時の留意事項

※避難施設の状況や避難経路等

通所(入所)事業所	
ケアマネジャー (事業所)	連絡先
相談支援専門員 (事業所)	連絡先

連絡先	始良市保健福祉部社会福祉課	電話	0995-66-3203
	始良市保健福祉部長寿・障害福祉課	電話	0995-66-3251
	始良市総務部危機管理課	電話	0995-66-3063

※個別避難計画は、平常時から避難支援関係者へ名簿情報を提供することに同意された方について、災害時に迅速かつ適切な避難支援ができるよう作成するものです。

※避難支援を実施する者自身やその家族等の安全が大前提であるため、本個別避難計画に基づいた避難支援が必ず行われることを保障するものではありません。

※避難支援を実施する者は法的な責任や義務を負うものではありません。