

個別支援計画

この個別支援計画は、避難行動要支援者が避難支援者への情報提供に同意することにより、災害時における避難行動の支援や安否確認等を受けるために作成するものですが、避難支援者自身やその家族等の安全が前提のため、同意によって、災害時の避難行動の支援や安否確認等が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援者は法的な責任や義務を負うものではありません。

三島市長 様

私は、上記の内容を理解し、また、三島市避難行動要支援者計画の趣旨に賛同し、下記の情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、三島市が自主防災会(自治会)、民生委員、消防署、消防団、警察、社会福祉協議会及び避難支援者に提供することに同意します。

平成26年10月28日

氏名 **三島 太郎**

(本人との関係)

【※代理の方が記載する場合】代筆者氏名

本人が記載

自主防災会 (自治会)	北田町	組・班等	2組	民生委員	役所 ふくし
フリガナ氏名	ミシマ タロウ 三島 太郎	性別	男	作成年月日	平成26年9月10日
住所(居所)	三島市北田町4番88号			自宅電話	055-983-0000
生年月日	昭和15年7月24日 (74歳)			携帯電話	
避難行動要支援者対象区分	<input type="checkbox"/> 介護認定者 (<input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳所持者 (<input checked="" type="checkbox"/> 1級<上下肢機能障害>・ <input type="checkbox"/> 2級<>) <input type="checkbox"/> 療育手帳A所持者 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳所持者 (<input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級) <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> 高齢者 (<input type="checkbox"/> 一人暮らし(80歳以上)・ <input type="checkbox"/> 高齢者(80歳以上)のみ世帯) <input type="checkbox"/> その他 ()				
病名	筋萎縮性側索硬化症	かかりつけ医療機関	せせらぎ病院	電話番号	055-983-9999
本人状況・家族構成等	杖を使いながら歩行 週5日通所 息子家族と同居		過去の状況 (手術・入院歴等)	H24 肺炎のため2週間入院	
福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 給食サービス (安否確認必要者) <input type="checkbox"/> 介護保険サービス () <input checked="" type="checkbox"/> 障害福祉サービス (生活介護・生活介護事業所みしまさくら) <input type="checkbox"/> ストーマ装具給付 <input type="checkbox"/> 紙おむつ給付 <input type="checkbox"/> ふれあいさわやか回収 <input type="checkbox"/> 手話通訳者派遣 <input type="checkbox"/> 要約筆記者派遣 <input type="checkbox"/> ガイドヘルパー派遣				
緊急時の家族等の連絡先					
1	氏名	三島 一郎		電話番号	090-1234-5678
	住所	三島市北田町4番88号		本人との関係	長男
2	氏名			電話番号	
	住所			本人との関係	
避難支援者	1	氏名(団体名)	2組 防災委員		電話番号
		住所	本人との関係		
	2	氏名(団体名)			電話番号
		住所	本人との関係		
一時避難場所	農兵公園		指定避難所	南小学校	
備考	携行医薬品:リルゾール錠 避難用担架が必要				
三島市連絡先	社会福祉部 福祉総務課			電話番号	055-983-2610
				F A X	055-976-5555

市が記載

民生委員が記載

自治会が記載