

《様式2》

個別支援計画

記載例

この個別支援計画は、避難行動要支援者が避難支援等関係者への情報提供に同意することにより、災害時における安否確認や避難行動の支援等を受けるために作成するものですが、避難支援を実施する者自身やその家族等の安全が前提のため、同意によって、災害時の避難支援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。

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、三島市が自主防災組織(自治会・町内会)、民生委員・児童委員、消防本部(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 年 月 日 氏名 _____

【※代理の方が記載する場合】代筆者氏名 (本人との関係)

作成者	自主防災組織 (自治会・町内会)	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28年5月30日						
三島市・民生委員 避難行動要支援者	住所(居所)	三島市北田町4番88号			自宅電話	983-0000						
					携帯電話							
	生年月日	昭和15年7月24日(75歳)			F A X							
					メールアドレス							
	避難行動要支援者対象区分	介護認定者 (□要介護3・□要介護4・□要介護5) 身体障害者手帳所持者 (☑1級・□2級< 上下肢機能障害 >) □療育手帳A所持者 精神障害者保健福祉手帳所持者 (□1級・□2級) □難病患者 高齢者 (□一人暮らし(80歳以上)・□高齢者(80歳以上)のみ世帯) □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		983-9999				
	デイサービス等利用状況	利用施設等	生活介護事業所	利用状況	曜日	月	火	水	木	金	土	日
					午前		○			○		
					午後		○			○		
	本人状況・家族構成等	息子家族と同居している。週2回、施設に通っている。車イスを使用しており、1人で移動することは困難である。										
災害時に配慮しなければならない事項	あてまはるものすべてに☑してください。 ☑立つことや歩行がむずかしい □言葉や文字の理解がむずかしい □物が見えない(見えにくい) □音が聞こえない(聞き取りにくい) □状況(危険)の判断がむずかしい □顔を見ても知人や家族とわからない 避難する時に誰かに介助して欲しい(□支えが必要・□杖・□歩行器・☑車イス)											
緊急時の家族等の連絡先												
1	氏 名	三島 一郎			電話番号		090-0000-1111					
	住 所	三島市北田町4番88号			本人との関係							
2	氏 名				電話番号							
	住 所				本人との関係							
自治会(自主防災組織)	避難支援者	1	氏名(団体名)	湧水 次郎		電話番号		983-0000				
			住 所	三島市北田町4番100号		本人との関係		隣人				
	2	氏名(団体名)	2組 防災委員		電話番号							
		住 所			本人との関係							
	一時避難地	農兵公園		避難所		南小学校						
	特記事項	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(平常時)		社会福祉部福祉総務課		電話	055-983-2610	FAX	055-976-5555					
三島市連絡先(災害時)		三島市災害対策本部		電話	055-975-3111	※市役所の代表番号(災害時のみ)						