

個 別 避 難 計 画

年 月作成

フリガナ 氏 名				生年月日	年 月 日	
				性 別	男 ・ 女	
住 所				電話番号		
				携帯番号		
メールアドレス				FAX 番号		
同居家族		※氏名（続柄）		自宅の状況 構造【 木造・鉄筋・鉄骨 階 建】 ※寝室の位置、普段いる部屋等		
かかりつけ医		①				
		②				
		③				
利用中の 福祉サービス		事業所名①				
		利用サービス				
		事業所名②				
		利用サービス				
避難場所		☐ 自宅（安全が確保される場合） ☐ 自宅以外（具体的に： ）				
緊急時の 連絡先	①	フリガナ 氏 名 (団体名)		電話番号 携帯番号		
		住 所		FAX 番号		
		メールアドレス		その他		
	②	フリガナ 氏 名 (団体名)		電話番号 携帯番号		
		住 所		FAX 番号		
		メールアドレス		その他		
	避難支援等実施者情報		※避難支援等の実施に必要な限度で避難支援等実施者に関する情報が外部提供される場合があることについて、避難支援等実施者の同意を得てから記入してください。			
	避難支援等 実施者	①	フリガナ 氏 名 (団体名及び代表者)		電話番号 携帯番号	
住 所				FAX 番号		
メールアドレス				その他		
②		フリガナ 氏 名 (団体名及び代表者)		電話番号 携帯番号		
		住 所		FAX 番号		
		メールアドレス		その他		

(裏)

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☑ ※【 】内は該当するものに○ ☐介護保険の認定を受けている【要支援： 1・2 要介護： 1・2・3・4・5】 ☐手帳所持【身体：1・2・3・4・5・6 療育：A・A1・A2・B1・B2 精神：1・2・3】 ☐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 ☐医療機器の装着等をしている【人工呼吸器・たん吸引器・ネブライザー・その他（ ）】 ☐アレルギー・持病（病名等： ） ☐服薬又は服薬管理が必要（服用薬等： ） ☐食事の介助が必要【形態等： 通常のご飯で可 ・ 一口大 ・ やわらかめ ・ とろみ要 ・ 流動食 】 ☐排泄の介助が必要 ☐オムツが必要 ☐立つことや歩行ができない ☐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分らない ☐その他（ ）
避難場所等情報【自宅以外】 ※位置・経路・移動するまでの注意すべき事項	

個別避難計画を作成することにより、あなたは災害が発生し、又は発生するおそれがある場合に、避難支援等を受ける可能性が高まります。ただし、避難支援等実施者自身やその家族などの安全が前提のため、災害時の避難行動の支援が必ずなされることを保証するものではなく、また、避難支援等実施者などの関係者は、法的な責任や義務を負うものではありません。

個別避難計画の情報は、①平常時は災害に備え、避難支援等の実施に必要な限度で、避難支援等関係者に、②災害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、避難支援等の実施に必要な限度で避難支援等関係者その他の者に提供されます。（ただし、①の場合は避難行動要支援者及び避難支援等実施者の同意がなければ提供されません。）

上記の内容を理解した上で、

- ☐ 情報提供することに同意します
- ☐ 情報提供することに同意しません

年 月 日

本人署名 _____

代理署名 _____

別記様式第 2 号（第 6 条関係）

個別避難計画に関する同意撤回届出書

届出日 年 月 日

（あて先）多治見市長

個別避難計画を作成することに同意しましたが、当該同意を撤回します。

1. 対象者（本人）

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所	多治見市		
連絡先	電話 — —		
代理人	※代理人が提出する場合のみ記載		

避難支援等関係者に対し、平常時から個別避難計画情報が提供されることに同意しましたが、当該同意を撤回します。

1. 対象者（本人）

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏 名			
生年月日	年 月 日		
住 所	多治見市		
連絡先	電話 — —		
代理人	※代理人が提出する場合のみ記載		

2. 避難支援等実施者

フリガナ	
氏 名	
住 所	多治見市
連絡先	電話 — —