

記入例

おもて 避難行動要支援者申請書（個別避難計画）

要支援者  
同意

No. 1

■情報記載日 令和 6年 7月25日

フリガナ氏名	アワ タロウ 阿波 太郎	性別	男	生年月日	昭和25年 1月 1日 (74歳)	
住所	〒771-000 阿波市阿波町1丁目101番地1号 阿波アパート101号室					
現住所	〒771-000 阿波市阿波町1丁目101番地1号 阿波アパート101号室					
電話	0111-111-1234	携帯	0222-222-2345	血液型		
FAX	01-9876	E-Mail	pacific@pacific.com			
世帯区分	独居高齢者	地区名称				
身体区分		自治会	阿波町1丁目自治会			
民生委員	民生 太郎	防災組織				
福祉専門員		担当課				
対象要件	<input checked="" type="checkbox"/> 独居高齢者 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障がい <input checked="" type="checkbox"/> 知的障がい <input checked="" type="checkbox"/> 精神障がい <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 <input checked="" type="checkbox"/> 難病患者 <input checked="" type="checkbox"/> 乳幼児 <input checked="" type="checkbox"/> 妊産婦 <input type="checkbox"/> 外国人 <input checked="" type="checkbox"/> その他					
拡張項目	<input type="checkbox"/> 車椅子利用 <input type="checkbox"/> 杖利用 <input type="checkbox"/> 日中一人暮らし <input type="checkbox"/> 介護保険利用希望者 <input type="checkbox"/> 介護保険利用者 <input type="checkbox"/> 配食サービス利用者 <input type="checkbox"/> 旧台帳登録者					
【特記事項】	<p>・耳が遠いので、なるべく訪問して連絡してください。・足が不自由で一人で歩けない。・介助が必要。            ・補聴器あり。・寝たきりで動けない。・意思疎通がうまくできない。・日中はデイサービスを利用している。など</p>					

身体障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日
知的障がい	手帳番号	程度	交付日	喪失日
精神障がい	手帳番号	等級	交付日	喪失日

居宅介護支援事業所	マルマル居宅介護支援事業所	電話	000-000-0000	ケアマネ	市場 丸子
要介護度		認知症自立度		被保険者番号	

世帯構成	①	阿波 一子	続柄	妻	性別	女	生年月日	昭和25年2月2日	携帯	123-4567-8901
	②	阿波 二郎	続柄	長男	性別	男	生年月日	昭和50年3月3日	携帯	234-5678-9012
	③		続柄		性別		生年月日		携帯	
	④		続柄		性別		生年月日		携帯	
	⑤		続柄		性別		生年月日		携帯	

緊急時の連絡先	①	土成 三子	続柄	長女	性別	女	生年月日	昭和55年4月4日	電話	
		〒770-0000 阿波市土成町1丁目100番地		E-Mail		携帯	345-6789-0123	FAX		
	②	土成 四郎	続柄	長女の夫	性別	男	生年月日	昭和50年3月3日	電話	
	〒770-0000 阿波市土成町1丁目100番地		E-Mail		携帯	456-7890-1234	FAX			
③		続柄		性別		生年月日		電話		
			E-Mail		携帯		FAX			

協力員	安否連絡者1	吉野 五郎	続柄	近隣者	性別	男	生年月日	昭和35年4月4日	電話	0000-11-2222
		〒770-0000 阿波市阿波町1丁目200番地		E-Mail		携帯	456-7890-1234	FAX		
	安否連絡者2	吉野 六子	続柄	近隣者	性別	女	生年月日	昭和40年5月5日	電話	
		〒770-0000 阿波市阿波町1丁目300番地		E-Mail		携帯	567-8901-2345	FAX		
避難時補助員	協力 七郎	続柄	近隣者	性別	男	生年月日	昭和45年6月6日	電話		
	〒770-0000 阿波市阿波町1丁目400番地		E-Mail		携帯	678-9012-3456	FAX			
誘導補助員		続柄		性別		生年月日		電話		
			E-Mail		携帯		FAX			

私は、災害発生時に地域からの支援が得られるよう、事前に私の個人情報を阿波市から消防機関や警察、民生委員児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織などの避難支援等関係者に提供することに同意します。

氏名 阿波 太郎

代理人 阿波 一子

本人との関係 妻

**記入例** うら 避難行動要支援者申請書（個別避難計画）

No.	1										
フリガナ氏名	阿波 太郎	性別	男	年齢	74歳	血液型		電話番号	0111-111-1234	携帯番号	0222-222-2345
住所	〒771-000 阿波市阿波町1丁目101番地1号 阿波アパート101号室						地区名称				

かかりつけの医療機関	①	医療機関名	瀬戸内クリニック	電話	111-222-3333	診療科	内科	担当医	瀬戸 内子	
		住所	阿波市市場町3丁目300番地							
		治療中疾患	高血圧	使用薬、用量 服用上の注意	カルシウム拮抗薬					
	②	医療機関名	日本海整形外科医院	電話	444-555-6666	診療科	整形外科	担当医	日本 海太	
		住所	阿波市市場町4丁目400番地							
		治療中疾患	腰痛	使用薬、用量 服用上の注意	消炎鎮痛剤					
	③	医療機関名		電話		診療科		担当医		
		住所								
		治療中疾患		使用薬、用量 服用上の注意						

避難時に必要とする支援の内容

- ・腰が痛い、膝が痛いので、避難の際は車椅子を使用してください。
- ・寝たきりで動けず、家族だけで避難させることが難しい。
- ・医療機器をつけている。など

避難場所	洪水	阿波1丁目公民館	電話		収容人数		座標
	土砂災害(崖崩れ等)	阿波1丁目公民館	電話		収容人数		座標
	地震	阿波小学校	電話		収容人数		座標
	火事		電話		収容人数		座標
	内水氾濫		電話		収容人数		座標

避難時優先度		個別計画		作成日	
--------	--	------	--	-----	--

【情報伝達での留意事項】

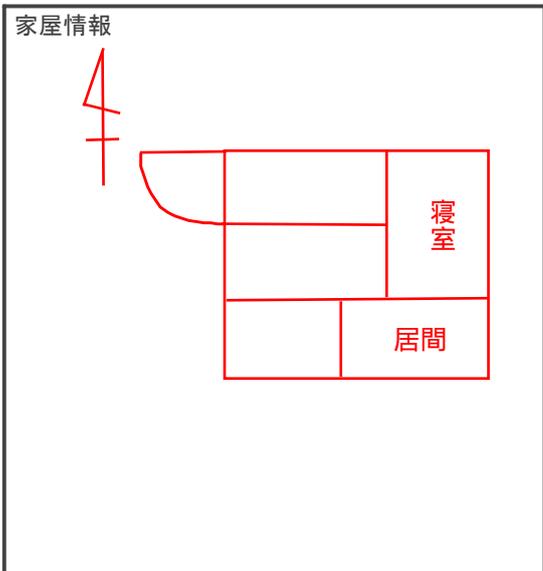
- ・耳が遠いので、なるべく訪問して連絡してください。FAXも可。
- ・耳が聞こえないので、筆記用具が必要である。
- ・認知症のため、意思疎通がうまくできないことがある。
- ・わかりやすく、簡潔に説明してくれると理解できる。 など

【避難誘導時の留意事項】

- ・歩けるがゆっくり歩く、もしくは誰かの介助が必要。
- ・目が見えないため、家族がいなくなると災害が起こったら避難できない。 など

【避難先での留意事項】

- ・補聴器の電池必要。
- ・大勢の人の中に入るとパニックになる。
- ・足が痛く、床に長時間座ってられない。
- ・人工透析を受けている。
- ・やわらかい食事でないと食べられない。
- ・排泄には介助が必要。 など



避難経路図

・目印になるものなど、わかりやすく書いてください。

災害状況により、この通りに避難できないこともあります。安全に避難してください。

災害リスク(危険地域該当)	
河川浸水計画規模	
河川浸水想定最大	
河川氾濫流	
河岸侵食	
内水	
ため池	
津波	
高潮	
土砂災害	