様式第２号

**秘**

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

**邑南町　避難行動要支援者　「個別避難計画」**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎情報 |  | |  | | | | 生年月日 | | (歳) | | |
| 住　所 | |  | | | | 性　別 | | 男　　・　　女 | | |
| 電　話 | |  | | | | ＦＡＸ | |  | | |
| E-mail | |  | | | | | | | | |
| 自治会 | |  | | 居住建物 | 建築時期 |  | | | 構　造 |  |
| 集　落 | |  | | 耐震診断 |  | | | 家具固定 |  |
| 家族構成・同居情報等 |  | | | ハザードマップ |  | | | | |
|  | | | | | |
| 要支援  情　報 | 介護認定 | | （認知症）有　・　無 | | | | | | | | |
| 障害者手帳 | |  | | | | | | | | |
| その他  留意事項 | |  | | | | | | | | |
| 利用中の医療福祉サービス | 介護保険/  総合事業 | | サービス |  | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | 電　話 |  | | | |
| 障害福祉/  児童福祉 | | サービス |  | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | 電　話 |  | | | |
| 医療機関 | | 名　称 |  | | | 電　話 |  | | | |
| 家族等  緊　急  連絡先 | ① |  |  | | | 続　柄 |  | | | | |
| 住　所 |  | | | 電　話 |  | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | E-mail |  | | | | |
| ② |  |  | | | 続　柄 |  | | | | |
| 住　所 |  | | | 電　話 |  | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | E-mail |  | | | | |
| 緊急時の  情報伝達 | |  | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 避難誘導時の  留意事項 |  |
| 携行医薬品 |  |
| 避難先での  留意事項 |  |
| 避難場所  避難経路 | 経路①　　避難場所： |
| 経路②　　避難場所： |
| 備考 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 避難支援者 | ① |  |  | | 続柄 |  | 住　所 |  |
| 電　話 |  | FAX |  | | E-mail |  |
| ② |  |  | | 続柄 |  | 住　所 |  |
| 電　話 |  | FAX |  | | E-mail |  |
| ③ |  |  | | 続柄 |  | 住　所 |  |
| 電　話 |  | FAX |  | | E-mail |  |

　令和　　年　　月　　日

　　上記の内容について、誤り等がないことを確認しました。

　　また、この「個別避難計画」を避難支援等関係者に提供することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係）