

災害時個別避難計画 ()

関係部署への提供 同意あり

(1/2)

年 月 日

フリガナ				生年月日	年 月 日		性別	電話		
氏名	様			年齢	歳			FAX		
住所						E-mail				
在宅時に過ごす部屋	日中			夜間						
居住建物	建物の階数			建物の構造			建築年			
居住階	生活形態						要援護者避難支援制度の登録			
同居者の名前	年齢		続柄		連絡先		介護の有無	緊急時の支援の可否		
同居者の名前	年齢		続柄		連絡先		介護の有無	緊急時の支援の可否		
ハザードマップの状況	<input type="checkbox"/> 洪水(河川の氾濫)			指定避難所						
	<input type="checkbox"/> 土砂災害(がけ崩れ)			移動手段						
	<input type="checkbox"/> その他(津波等)			車の有無		運転者				
風水害	避難場所					ペット	種類		避難先	
	避難先の住所		避難先の連絡先			避難時の持ち物				
	警戒レベル1									
	警戒レベル2									
避難方法 避難経路		警戒レベル3								
共通事項(備考欄)										
地震	避難場所									
	避難先の住所		避難先の連絡先							
	避難方法 避難経路									
避難支援者	氏名	続柄等		住所		電話	役割			
	氏名	続柄等		住所		電話	役割			
	氏名	続柄等		住所		電話	役割			
災害時個別避難計画作成事業者					電話	FAX				

災害時個別避難計画 ()

手帳情報等 種別・等級 障害・病名										
指定 難病				障害者支援 区分			障害福祉サービス 受給者証番号			
障害福祉 サービスの 利用状況	事業所名			障害福祉サービスの種類		利用の曜日	事業所の連絡先			
かかりつけの 医療機関	名称			担当医			連絡先			
日常生活面 の配慮事項	食事				移動					
	トイレ				会話					
	着脱				危険					
	入浴				見守り					
	その他									
医療品 医療機器 処方して いる薬等										
備蓄状況	<input type="checkbox"/> 食料 () 日分	<input type="checkbox"/> 水・飲料() 日分	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 衣類・下着	<input type="checkbox"/> 医療器具の予備バッテリー・ 発電機	<input type="checkbox"/> おむつ・携帯トイレ	<input type="checkbox"/> 衛生用品	<input type="checkbox"/> 懐中電灯		
事前の備え	<input type="checkbox"/> 家族間での事前の 取り決め	<input type="checkbox"/> 避難所の事前チェック	<input type="checkbox"/> 避難所までのアクセス	<input type="checkbox"/> 近隣との関係づくり	<input type="checkbox"/> サービス事業所との確認	<input type="checkbox"/> 自宅の耐震確認				
その他 必要事項 又は 要望事項										

同意書

災害時個別避難計画は、障害者等の要支援者本人が、避難方法や避難先を具体的に検討・把握することで、よりよい避難を実現しようという趣旨のものであり、個別避難計画作成の関係者等に対して、計画に基づく避難支援等の結果について法的な責任や義務を負わせるものではありません。

年 月 日

- 上記内容をふまえ、災害時個別避難計画を作成することに同意します。
- 作成された災害時個別避難計画を
川崎市の関係部署、障害福祉サービス事業者等に提供することに同意します。

なお、要援護者避難支援制度に御登録のある方は、「個別避難計画を作成したこと」について、支援組織である町内会・自治会、自主防災組織、民生委員児童委員に情報提供させていただきます。

(署名) 氏名 _____

代理人 (避難者との関係 : _____)