様式３

取 扱 注 意

個 別 支 援 プ ラ ン

作成日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 地域自主組織名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 自治会名 |  | 家族構成□ひとり暮らし 　□日中ひとり□高齢者のみ 　 □障がい者のみ□高齢者と障がい者のいる世帯□高齢者と障がい者のみの世帯□その他（　　　　　　　　　 ） |
| 避難行動要支援者 | ふりがな |  | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　―雲南市　　　　町 |
| 世帯主 |  |
| 電話 |  | 携帯電話 |  |
| ＦＡＸ |  | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 緊 急 連 絡 先 | 昼間 |  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 続柄 |  |
|  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 続柄 |  |
| 夜間 |  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 続柄 |  |
|  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 続柄 |  |
| 避難支援を必要とする事項 | ○自分で避難所への移動が　　　　　　　　□できる　□できない○避難の必要性の理解や判断が　　　　　　□できる　□できない○災害の情報などを自分で調べることが　　□できる　□できない○精神的に不安定になることが　　　　　　□ある　　□ない○通常の生活をするのに、薬や医療措置が　□必要だ　□必要ない |

（裏）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 避難所 | 指定避難所 | 福祉避難所（※必要な場合のみ） | 事前避難所（※可能な場合のみ） |
| 避難する際に必要な支援の内容等 | ※移動に要する器具（車椅子、担架等）、持ち出すべきもの（くすり等）があれば記入します。 |
| ＜普段いる部屋の位置図＞ | ＜その他特記事項＞※ 普段利用している医療・介護サービス事業者、かかりつけ医等※ 福祉避難所への避難が適当であると判断された場合は、避難所への搬送方法等を記入します。 |
| 避難支援者 |  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 避難行動要支援者との続き柄 |  |
|  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 避難行動要支援者との続き柄 |  |
|  |  | 連絡先 | 自宅電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| 住　所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| 避難行動要支援者との続き柄 |  |
| 上記情報について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、上記の内容を理解し、避難の支援、安否の確認、その他の生命又は身体を災害から保護を受けるために、上記内容を避難支援者、自治会、地域自主組織、介護支援専門員、消防機関、警察署、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、市に提供することに同意します。また、この個別支援プランに掲載されている私以外の個人情報については、それぞれ本人から情報共有の同意を得ているので、申し添えます。　　　　 年　　 月　　 日　　　　　　　　　　　　氏　名（本人署名）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代理記載者のお名前※代理の方が記入した場合 | お名前 |  | 本人との関係 |  |
| 住　所 |  | 連絡先 |  |

※同意の意思について、変更の申出がない限り自動継続とします。

※個別支援プランを作成するため、訪問調査を行う場合はご協力ください。