

作成日： 年 月 日

本人の居住情報	(フリガナ) -----		生年月日		
	名 前		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>	( 歳)	
	住 所 〒		築年数 _____ 年		
	(居住所在地)		構 造 _____		
	(戸建て・マンション・アパート) いずれかに○をつけてください				
電話 (自宅・携帯)		その他の連絡手段 (FAX・メール)			
普段は _____ 階建ての _____ 階で生活している					
同居情報		1 ひとり暮らし    2 夫婦のみ    3 夫婦と子ども    4 親と同居 5 その他 ( _____ )			
身体状況・ 障害者手帳の有無 (避難支援等の理由)		<input type="checkbox"/> 要介護 _____ 度    認知症    身体障害者手帳 _____ 級 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 _____ 級    療育手帳 _____ 度 <b>【状況】</b>			

緊急時の連絡先 (親族等)	①	(フリガナ) -----		本人との 続柄：	
		名 前			( 歳)
		住 所 〒		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	電話 (自宅・携帯)		その他の連絡手段 (FAX・メール)		
	②	(フリガナ) -----		本人との 続柄：	
		名 前			( 歳)
住 所 〒		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居			
電話 (自宅・携帯)		その他の連絡手段 (FAX・メール)			

災害の危険性	地震の危険度	地震の危険度 _____
		液状化危険度    赤    黄    緑    青
	想定浸水深	_____ 階浸水 ( _____ ~ _____ m)    浸水しない

震災時の避難	避難先	<input type="checkbox"/> 指定避難所 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	避難の介助	<input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者 <small>(避難支援等実施者)</small>	氏名(団体名)・フリガナ	住所	同居
		電話		
	※介助が必要な場合のみ	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 自己所有の 車イス ・ ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ( )		
以上の避難支援に関し、配慮する事項 (必要に応じてご記入ください)				
水害時の避難	避難先	<input type="checkbox"/> 指定避難所 ( ) <input type="checkbox"/> 自宅での垂直避難 <input type="checkbox"/> 近隣の高い建物への避難 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	避難の介助	<input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者 <small>(避難支援等実施者)</small>	氏名(団体名)・フリガナ	住所	<input type="checkbox"/> 同居
		電話		
	※介助が必要な場合のみ	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 徒歩 自己所有の 車イス ・ ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ( )		
以上の避難支援に関し、配慮する事項 (必要に応じてご記入ください)				
広域避難先がある場合	市外広域避難先	<b>※移動方法は、家族等の介助者と事前に確認が必要です。</b>		
	避難の介助	<input type="checkbox"/> 必要 ( ) <input type="checkbox"/> 必要ない		
	介助者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 家族所有の車両 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

避難先での介助	<input type="checkbox"/> 必要（ ） <input type="checkbox"/> 必要ない	
介助者 ※介助が必要な場合のみ	氏名(団体名)・フリガナ	住所 <input type="checkbox"/> 同居
		電話
	<input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他( )	

日常受けている福祉サービスの内容		
利用中の福祉サービス	事業所名	電話
かかりつけの病院・医師	医療機関(担当医師名)	電話
医療ケアの必要性	<b>※かかりつけ医等と相談のうえ、必要に応じてご記入ください</b>	
日常生活に必要な支援		
避難先へ持参するもの(最低3日分を想定)	<input type="checkbox"/> 衣類 <input type="checkbox"/> 飲料水 <input type="checkbox"/> 非常食( ) <input type="checkbox"/> 服用薬・お薬手帳 <input type="checkbox"/> 手帳等(身体、精神、療育) <input type="checkbox"/> 保険証・医療証 <input type="checkbox"/> 家族の連絡先 <input type="checkbox"/> 常用の医療機器等 <input type="checkbox"/> その他( )	

本計画の内容について、記載内容に誤りがないことを確認するとともに、茂原市に報告することを了承します。

この計画の実施に際しては避難支援者自身の安全が前提で行われるものであることから、災害時の避難支援が必ず保証されるものではなく、法的な責任や義務を負わせるものではないことについて了承します。

本計画書の内容について、災害発生時及び災害の発生に備え避難支援等関係者に情報提供することについて、( 了承 ・ 拒否 ) します

令和 年 月 日 氏名(本人自署) \_\_\_\_\_

代理記入者	住所	電話
	氏名	本人との関係

自宅の間取り

避難先までの経路

※震災時と水害時で避難場所が異なる場合は、それぞれ記入してください

個別避難計画 作成等関係者	団体・事業所名	氏名・フリガナ
	電 話	