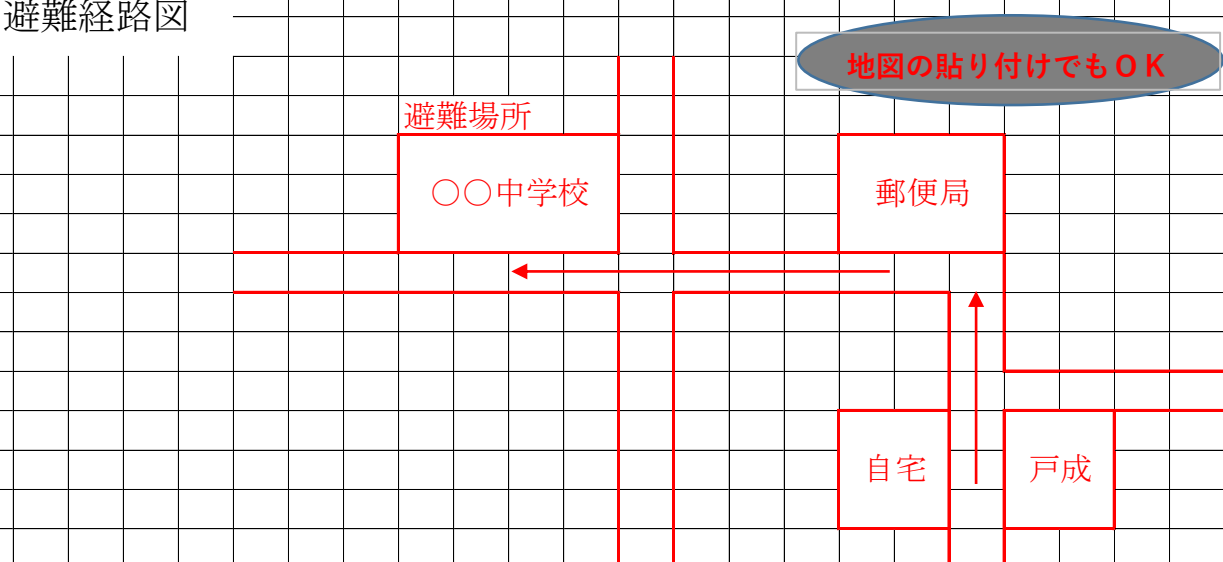


赤 磐 市 個 別 避 難 計 画 書

作成日:令和 5年 1月 1日

更新日:令和 5年 4月 1日

対象者番号		99999		※下線部は必須項目	
ふりがな	あかいわ たろう	年齢		性別	血液型
氏 名	赤磐 太郎	78		男・女	A・B・O・AB
住 所	〒701-2401 赤磐市下市344			地 区 名	下市
自宅番号	086 - 955 - 1234		携帯番号	090-1234-5678	
支援区分	☐ 高齢 ☐ 身体 ☐ 療育 ☐ 精神 ☒ 介護 ☐ その他()				
避難場所	風水害時:〇〇中学校		地震時:〇〇センター		
世帯の構成	☐ ひとり暮らし →全員65歳以上か ☒ 同居人あり はい・いいえ				
世帯の構成員	赤磐 幸子 (妻) 76歳		() 歳		
	() 歳		() 歳		
	() 歳		() 歳		
かかりつけ 医療機関	〇〇〇クリニック ×××病院 優先的に連絡を取る人から 順に記入してください		常備薬 の有無	有・無 置き場所:台所の戸棚 種類:高血圧	
緊急連絡先	1	岡山 太郎	続柄	甥	電話番号 090-1111-2222
	2	赤磐 花子	続柄	妹	電話番号 090-3333-4444
	3		続柄		電話番号
避難の支援を してくれる方 (親戚・知人)	1	戸成 知人	続柄	隣人	電話番号 086-955-0000
	2	第1常会、消防団等	続柄		災害時に実際に支援にあたる 人を書いてください(相手方 の了承を得ること)
	3		続柄		

特記 ※災害時の避難支援を円滑にするため知らせたいこと	(あてはまるものすべてに ☒)
	☒ 介護保険の認定を受けている【要介護状態区分: 要介護度3 】 ☐ 手帳所持【障害名: 等級: 】 ☐ 難病の特定医療費、小児慢性特定疾病医療費の支給認定を受けている ☐ 医療機器の装着等をしている ☒ 立つことや歩行ができない ☐ 音が聞こえない(聞き取りにくい) ☐ 物が見えない(見えにくい) ☐ 言葉や文字の理解が難しい ☐ 危険なことを判断できない ☐ 顔を見ても知人や家族と分からない ☒ その他 (※持病やアレルギーなどがあれば記入してください 糖尿病、卵アレルギー)
災害支援内容	支援が必要な時間帯: ☒ 常時 ☐ その他() 歩行が困難なので、避難の際は車いすを使用してください。
避難経路図  移動手段: 車	

令和 5年 4月 1日

上記の内容について、誤りがないことを確認するとともに、以下のことについて了承します。

- 1 避難支援関係者に提供します。
- 2 当該計画は災害等での避難支援が必ずなされることを保証するものではなく、関係者に法的な責任や義務を負わせるものではありません。
- 3 重要事項説明書の項目について、内容を確認し了承します。

本人署名 赤磐 太郎

代理署名

(本人との関係)