

(様式2)

### 個別計画（避難支援・見守り支援票）



笠間市長 様

私は、笠間市災害時要援護者避難支援プランの趣旨に基づき、同制度への登録を希望します。

また、この個人情報、災害時における避難支援とそれに伴う平常時からの見守りのため市、民生委員・児童委員、社会福祉協議会、自主防災組織、行政区、消防団及び関係機関の支援を受けるため、個別計画登録者名簿に登載されること及び支援者（見守り者）が共有・活用することを承諾します。

(同意・署名欄) 平成 年 月 日

<input type="checkbox"/>	同意する（口頭含む）
<input type="checkbox"/>	同意しない

氏名 \_\_\_\_\_

作成年月日	平成 年 月 日			作成者	
フリガナ 対象者氏名		男・女	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日( 歳)	
対象者住所	笠間市 行政区 ( )		電話番号	固定 ( ) 携帯 ( ) メール	
登録要件 該当箇所を ○で囲む	1. 一人暮らし高齢者世帯 2. 高齢者のみ世帯 3. 要介護認定者(3・4・5) 4. 障がい者(身体障害 1・2級、知的障害 ㊤・A、精神障害 1級) 5. 難病患者 6. 日本語の理解が十分でない外国人(国籍 ) 7. その他( )				
世帯構成	氏名	年齢	続柄	勤務先等(連絡先)	
	①				
	②				
	③				
	④				
支援者	氏名	住所		連絡先	
地区民生委員					
支援者					
支援者					
受けたい支援 を○で囲む	避難情報を伝えてほしい	避難する時に介助してほしい	避難所(場所)まで誘導してほしい		
※緊急連絡先	氏名	続柄	住所(電話番号)		
順位 (協力者)	①				
	②				
緊急避難場所					

支援が必要となる申請者の状態【〇を付けてください】				
※ 差しつかえの無い範囲で記入してください。				
1. 一人で歩くのが困難	2. 歩いて移動ができない	3. 耳が不自由		
4. 目が不自由	5. 状況を理解しにくい	6. 座った姿勢が取れない		
7. 医療器材を使用している	8. 特殊な治療薬剤を常用している	9. 持続的な医療行為が必要		
10. 常に介護が必要(家族、家族外)				
11. 支援者となる方を知っておいてほしいことがありましたらご記入ください。				
避難情報の伝達方法	自宅訪問		電話連絡	その他
避難誘導方法	介添え	車椅子	担架	その他
かかりつけ病院等	(病院名) (病 名)			

在宅ケアチーム	※ 支援者欄と同じ場合は記載不要		
	氏 名	住 所	連絡先
地区民生委員			
近隣見守り者			
近隣見守り者			
ケアマネージャー			

救急医療情報キット・安心箱の配付状況【〇を付けてください】	
救急医療情報キット	安心箱

※ この個別計画に関する情報は、災害時に地域の支援により災害時避難行動要支援者の生命等の安全と平常時からの見守り活動を図るためのものであり、それ以外の用途への使用、他への情報を流すことは禁止します。

※ 支援者は、いざというときの安否確認、避難の手助けをお願いします。

**ただし、できる範囲での支援であり、責任を伴うものではありません。**