

個別避難計画書

君津市長 様

私は、君津市避難行動要支援者避難支援計画に基づいて、次のとおり個別避難計画書をお届けします。また、地域支援者に本計画書の写しを提供すること、並びに避難支援等関係者（消防機関、民生・児童委員、自治会、自主防災組織、社会福祉協議会、介護支援専門員協議会等）が必要最小限度の範囲で情報共有することに同意します。

なお、地域支援者が被災するなど災害の状況によって、避難支援を受けられないことがあることを理解し責任を問いません。

要支援者番号

—

本人署名欄

※代理の方が記載する場合はこちらにご記入ください。

代理人署名	フリガナ:	続柄	電話番号

● 基本情報

高齢者のみの世帯は✓を記入⇒

ふりがな 氏名				性別	
生年月日	年	月	日生	歳	血液型
住所	君津市			世帯 人数	計 人
電話（自宅）	F A X				
電話（携帯）	メー ル				
自治会区分	自 治 会				
避難行動要支援者該当要件					
生活状況	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 通所等(<input type="checkbox"/> 在宅	主に過 す部屋	寝室の 位置	階

● 同居家族等の情報

同一の住居又は敷地内に家族等がいるか（いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> ）←どちらかに✓記入			
支援可能な者	続柄	援助内容	備考（勤務状況など）
		<input type="checkbox"/> 連絡、 <input type="checkbox"/> 荷物準備&運搬、 <input type="checkbox"/> 介助	
		<input type="checkbox"/> 連絡、 <input type="checkbox"/> 荷物準備&運搬、 <input type="checkbox"/> 介助	
		<input type="checkbox"/> 連絡、 <input type="checkbox"/> 荷物準備&運搬、 <input type="checkbox"/> 介助	

● 警戒区域等 (ハザードマップ) 情報

洪水	<input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域内 想定最大規模 (水深 m ~ m) 計画規模 (水深 m ~ m)	土砂災害 (特別)警戒区域	<input type="checkbox"/> 区域内 <input type="checkbox"/> 区域外
	<input type="checkbox"/> 洪水浸水想定区域外		
津波	<input type="checkbox"/> 津波浸水予測域 (浸水深 m ~ m) <input type="checkbox"/> 津波浸水予測域外	三島ダム	<input type="checkbox"/> 浸水域内(深 m) 氾濫到達時間 分 <input type="checkbox"/> 浸水域外

● 建物情報

構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 鉄骨造 <input type="checkbox"/> 鉄筋コンクリート造	階数	階建て
建設年	年建築	昭和 56 年以前の建築物の耐震改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

● 情報伝達時及び避難支援時の配慮・留意事項 (該当する項目にチェックしてください)

配慮・留意事項	どのように対応して欲しいか (対処方法)
<input type="checkbox"/> 1 立つことや歩行ができない	
<input type="checkbox"/> 2 音が聞こえない (聞き取りにくい)	
<input type="checkbox"/> 3 物が見えない (見えにくい)	
<input type="checkbox"/> 4 言葉や文字の理解が難しい	
<input type="checkbox"/> 5 危険なことを判断できない	
<input type="checkbox"/> 6 顔を見ても知人や家族とわからない	
<input type="checkbox"/> 7 突然の大声、他害、自傷の恐れがある	
<input type="checkbox"/> 8 人工呼吸器や酸素濃縮器を使用	
<input type="checkbox"/> 9	
<input type="checkbox"/> 10	

● 持出品情報

No.	携行品の情報【(例)〇〇薬・〇日分、〇〇の為の機器】	保管場所	
1	非常用持出袋 (非常食品、飲料水、懐中電灯、貴重品、マスク、消毒液、携帯ラジオ、応急医薬品、緊急連絡先ノート、その他)	階	
2	処方薬とお薬手帳	階	
3		階	
4		階	
5		階	
6		階	
7		階	

● かかりつけの医療機関情報

1	病院名	疾患名
2	病院名	疾患名

● 介護支援事業所情報

事業所名	電話番号
------	------

● 日常生活支援相談事業所（障害者）情報

事業所名	電話番号
------	------

● 福祉サービス事業所情報

事業所名	利用頻度
事業所名	利用頻度

● 緊急時連絡先（要支援者から連絡先に指定した旨お知らせしてください）

氏 名（フリガナ）	住所（※1）	電話番号
(1) 続柄()		
(2) 続柄()		

（※1）市内に在住の場合は、大字名を記入ください（市外の方は市町村名）

● 地域支援者情報

私は避難支援等関係者へ情報提供することに同意します（本人自署）

氏 名（フリガナ）	住所（大字から）	電話番号
(1) 続柄(隣人・知人・親族)		
(2) 続柄(隣人・知人・親族)		

☆避難支援の初動情報

連絡方法	<input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> 電話自宅 <input type="checkbox"/> 電話携帯 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール				
	特記：				
気象災害	<input type="checkbox"/> 高齢者等避難（警戒レベル3）で避難 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> （ ）				
	避難先：		手段：		
	特記：			移動時間：	
地震災害	<input type="checkbox"/> 安否確認（震度5強以上） <input type="checkbox"/> （ ）				
	避難先：		手段：		
	特記：			移動時間：	

●その他

☆要支援者と地域支援者は、本計画書完成品の複写を所持しているか している していない
 （所持していない場合は市が複写したものを各人に郵送します）

事務処理欄

受付日：	年	月	日	入力日：	年	月	日	入力者：
------	---	---	---	------	---	---	---	------

避難行動要支援者担当：厚生課 電話0439-56-1183
 防災担当：危機管理課 電話0439-56-1290