（表面）

様式３

八 千 代 市 個 別 避 難 計 画

この個別避難計画を作成することにより，災害時の避難の円滑化や避難支援を受けられる可能性が高まりますが，避難支援者やその家族等の安全が前提となるため，避難支援について，避難支援者が法的な責任や義務を負うものではありません。また，作成した個別避難計画情報は，災害時に，避難支援等の実施に必要な限度で，八千代市地域防災計画に定める避難支援等関係者その他の者に提供されます。

上記の内容を理解し，個別避難計画を作成（更新）することに，同意します。

避難支援の実効性を高めるために，平常時から，避難支援等の実施に必要な限度で，個別避難計画情報を避難支援等関係者に提供することに，

□　同意します。　　□　同意しません。

年　　月　　日

氏　名　　代筆者　　【続柄　　】

氏　名 （要支援者）			フリガナ		
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令　　年　　月　　日			性 別	男 ・ 女
住　所	八千代市				
電話番号			その他連絡先 （FAX・メール）		
同居家族	□ ひとり暮らし				
	□ 同居者あり（□ 同居者いるが日中ひとり　□ 同居者が高齢者・障害者のみ）				
自治会名	□ 未加入				
避難時に配慮しなくてはならない事項	移動	□ 寝たきり　□ 介助があれば歩ける　□ ひとりで歩けるがゆっくり			
		□ 杖・歩行器使用　□ 車いす使用　□ 担架・ストレッチャー使用			
	視力	□ 見えない　□ 見えにくい　□ 眼鏡・コンタクト使用			
	聴力	□ 聞こえない　□ 聞こえにくい　□ 補聴器使用			
	意思伝達	□ 言葉や文字の理解が難しい　□ 簡単な言葉の理解はできる			
		□ 身振りで YES-NO はわかる　□ 筆談・手話が必要（話すことが難しい）			
	その他	□ 顔を見ても知人や家族とわからない　□ 危険なことを判断できない			
		□ 人工呼吸器等の医療機器の装着をしている（□ 非常用電源の備えあり）			
		□（　　）			
その他 特記事項	日常的に必要な医療的ケア，重度のアレルギー，お薬手帳（服用薬）の用意など				

※裏面も記入をお願いします。

（裏面）

様式３

緊急連絡先	氏　　名 【続柄】	【　　】	※避難支援等関係者への個人情報提供について，連絡先の方の同意を得てから記入して下さい。
	住　　所		
	電話番号		
避難支援者①	氏名・団体名 【関係】	【　　】	□ 緊急連絡先と同じ □ 個別避難計画情報を避難支援等関係者に提供することに同意します。
	住　　所		
	電話番号		
	支援の方法	□ 避難情報の伝達　□ 安否の確認　□ 避難先に一緒に行く	
	備　　考		
避難支援者②	氏名・団体名 【関係】	【　　】	□ 個別避難計画情報を避難支援等関係者に提供することに同意します。
	住　　所		
	電話番号		
	支援の方法	□ 避難情報の伝達　□ 安否の確認　□ 避難先に一緒に行く	
	備　　考		

避難先（地震の場合）	□ 避難先に行く　□ 在宅避難をする（自宅に倒壊や火災の恐れがない場合）						
	避難先	候補①		移動手段		移動時間	分
		候補②					分
	避難経路・避難方法						
避難先（風水害の場合）	□ 避難先に行く（自宅が □ 土砂災害警戒区域等　□ 浸水想定区域）　□ 在宅避難をする						
	避難先	候補①		移動手段		移動時間	分
		候補②					分
	避難経路・避難方法						