

記入例

避難行動要支援者名簿（個別計画） 新規・更新・抹消

作成日： 令和 5年 7月 20日

本人の情報	住所	庄内町 余目字町 1 3 2 - 1		TEL FAX	(自宅) 43-2211 (FAX) (携帯) なし	
	フリガナ	ショウナイ タロウ		性別	生年 明治・大正 昭和 ・平成	
	氏名	庄内 太郎		男 女	月日 20年 4月 2日	
	避難支援を必要とする理由		(当てはまるものに☑を付けてください。)			
	<input checked="" type="checkbox"/> 75歳以上					
	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳等所持 障害名:(〇〇〇障害) 等級: <input checked="" type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
	<input type="checkbox"/> 療育手帳(A)を所持 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 等級: <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級					
	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定を受けており、次の介護度に該当 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	<input type="checkbox"/> 難病患者等() <input type="checkbox"/> その他()					
	特記事項(身体 の 状況、移動に要する器具、持ち出すべきもの等)					
<input checked="" type="checkbox"/> 歩行が困難 車いす 杖・ストレッチャー・その他()を使用している						
<input type="checkbox"/> 音が聞き取りにくい(聞こえない) <input type="checkbox"/> 物が見えにくい(見えない)						
<input type="checkbox"/> 顔を見ても家族や知人と分からない <input type="checkbox"/> 文字や言葉の理解が難しい						
<input type="checkbox"/> その他()						
かかりつけ医	〇〇医院		緊急避難場所	表町公民館		
要支援度	A 移送介護が必要	B 誘導が必要	C 声かけ必要	D その他()		
家族等の情報	緊急時の家族等の連絡先 (本人情報と同様に外部提供されることに同意を得た上で記入してください。)					
	フリガナ	ショウナイ カズオ		続柄	住所 庄内町余目字町 132-1	
	氏名	庄内 一男		(長男)	TEL (自宅) 43-2211 (携帯) 090-1234-5678	
	フリガナ			続柄	住所	
	氏名			()	TEL (自宅) (携帯)	
家の情報	同居人	<input checked="" type="checkbox"/> あり (1人) ※自分を含めない <input type="checkbox"/> なし		居住建物の構造	木造2階建て	
	日中いる部屋	1階の居間		夜間いる部屋	1階の寝室	
支援者情報	避難支援者 (災害時に支援してもらえるご近所の方を、その方の同意を得てから記入してください。)					
	フリガナ	ヤマガタ ジロウ		関係	住所 庄内町余目字町 132-2	
	氏名	山形 次郎		(隣人)	TEL (自宅) 43-〇〇〇〇 (携帯) 080-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
	フリガナ			関係	住所	
	氏名			()	TEL (自宅) (携帯)	
支援関係情報	要支援区分	障がい者 要介護高齢者 難病患者 一人暮らし高齢者 その他()				
	緊急通報システム	あり ・ なし		担当	TEL	
	介護保険事業所			担当	TEL	
	集落等名	表町	民生委員・児童委員名	〇〇〇〇	TEL 42-〇〇〇〇 FAX	