

5 記入例

② 意思確認書

災害時の避難支援が必要であり、名簿への掲載継続のご意思をお伺いするものです。
災害時の避難支援が不要な方(自力で避難することができる方)は、この書類(②)のみご提出ください。

意思確認書 ②

高知市長 あて

避難行動要支援者対策は、「災害時に自ら避難することが困難であって、避難に際し特に支援を要する方」の情報を、自主防災組織等の避難支援等関係者と共有する取組です。
 情報を共有するため、災害対策基本法に基づき、要支援者の方を一覧にした「避難行動要支援者名簿」と、要支援者ごとの避難支援の計画である「個別避難計画」を作成しています。
 高知市では、避難支援が必要な方を対象に、より重点的に取組を行うため、避難行動要支援者名簿に掲載する対象者の要件を変更しました。
 この調査は、名簿への掲載継続を希望しないことについての、ご意思を確認するものです。

※名簿への掲載継続を希望しない場合のみご記入ください。

避難行動要支援者名簿への掲載継続を希望しません。

理由 自力で避難することができるため
 現在、入院・入所中であり、今後自宅での生活が困難であるため
 その他()

令和 4 年 5 月 15 日

【本人署名】

氏名 高知 太郎

※本人が自筆できない場合や名簿への掲載継続についての判断が困難な場合は、代理の方の署名をお願いします。

【代理署名】

代理者氏名 _____ 本人との関係()

代理者住所 _____

代理者電話番号 _____

避難支援が不要であり、名簿掲載の継続を希望しない場合はチェックしてください。

掲載継続を希望する場合は、③④の書類を提出してください。(②は不要です。)

避難支援が不要な理由をチェックしてください。「その他」の場合は、内容をご記入ください。

病院や施設に入院・入所している場合は、病院や施設で避難支援が行われます。

記入した日とお名前の記入をお願いします。

ご自身での署名ができない場合は、代理の方が【本人署名】の欄にご本人の名前を記入し、【代理者署名】の欄に代理者の方のお名前等をご記入ください。

③ 同意確認書(個別避難計画)

災害時の避難支援に備えるために、
 (1) 避難についての具体的な計画を作成するか
 (2) 作成した計画の情報を、地域の町内会や自主防災組織の方などにお教えして良いかをお聞きするものです。
 ※計画の情報については、お教えすることに不同意である場合も、災害が発生し、避難支援に必要な場合は、情報をお教えすることがあります。

同意確認書(個別避難計画) ③

高知市長 あて

個別避難計画は、避難行動要支援者名簿に掲載される方お一人ごとに、避難支援を行う人や避難場所などを記載した計画です。この計画の作成にあたっては、避難支援等実施者の候補者や避難先の候補施設の施設管理者などの関係者に、必要な限度であなたの個人情報を提供します。
 作成した個別避難計画の情報は、①平常時は避難支援等関係者に、②災害が発生し、又は発生するおそれがある場合には、避難支援等の実施に必要な限度で避難支援等関係者その他の者に提供することがあります。(ただし、①の場合は避難行動要支援者及び避難支援等実施者の同意がなければ提供されません。)

以上のことを承知し、

1 個別避難計画を作成・更新することに
 同意します
 同意しません

2 平常時から個別避難計画の情報を、避難支援等関係者及び介護・障害福祉事業所に提供することに
 同意します
 同意しません

令和 4 年 5 月 15 日

【本人署名】

氏名 高知 太郎

※本人が自筆できない場合や同意についての判断が困難な場合は代理の方の署名をお願いします。なお、代理者の情報は避難支援等関係者及び介護・障害福祉事業所に提供されません。

【代理署名】

代理者氏名 _____ 本人との関係()

代理者住所 _____

代理者電話番号 _____

災害時の避難支援について詳しく決める計画を作成することに同意するか同意しないか、あてはまる方にチェックをしてください。

1で「作成・更新に同意する」にチェックされた場合、作成した計画に記載されたあなたの個人情報を、町内会や自主防災組織の方などの避難支援等関係者に、日ごろからお教えすることに同意するか同意しないか、あてはまる方にチェックをしてください。

記入した日とお名前の記入をお願いします。

ご自身での署名ができない場合は、代理の方が【本人署名】の欄にご本人の名前を記入し、【代理者署名】の欄に代理者の方のお名前等をご記入ください。

④ 個別避難計画

災害が起きたときの緊急連絡先や避難場所等について具体的に決める計画です。
内容については、**わかる範囲**でご記入ください。
決められない箇所は空白で構いません。

市で把握している情報にはチェックが入っています。
他にもあてはまるものがあれば記入してください。
【手帳の略称】
身1, 身2: 身体障害者手帳1級, 2級
精1: 精神障害者保健福祉手帳1級
療A: 療育手帳A1, A2

避難の時に**ご自身でできることをチェック**してください。

「自力で避難場所まで行く」ことができる場合は避難支援が不要なので、**②の書類を提出**してください。
(③④は不要です。)

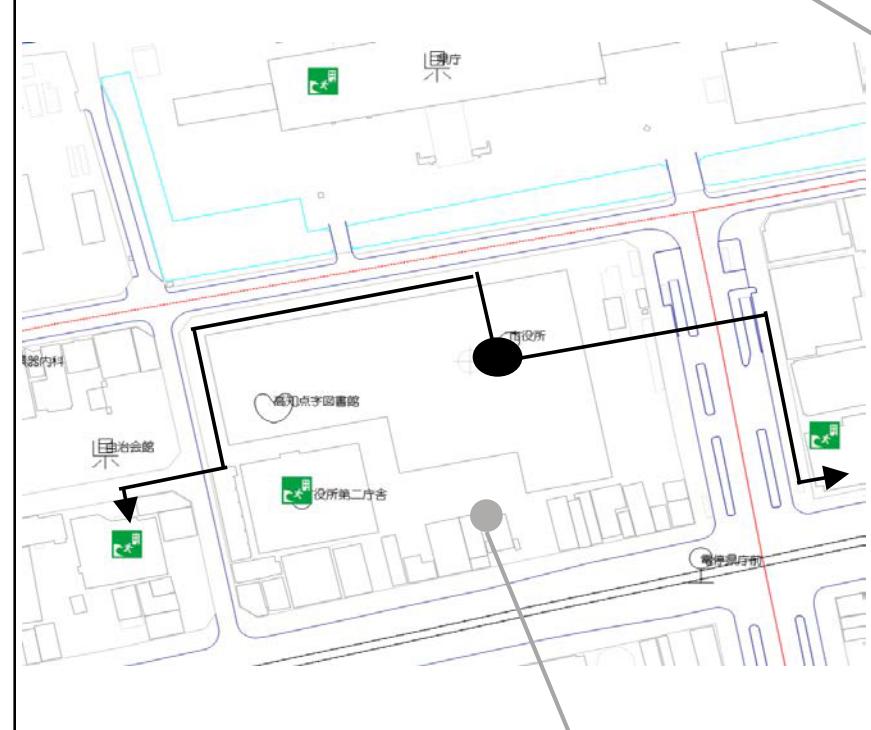
避難の時に支援をしてほしい内容を具体的に記入してください。

地震の時、台風などの風水害のとき、それぞれについて、**避難する場所**を記入してください。

・同じ場所でも構いません。
・必ずしも避難所への避難を求めるものではありません。
ご自宅が安全な場合は、「自宅」や「自宅2階」などにご記入ください。

身体状況など支援が必要な理由	避難の時に自分でできること
<input type="checkbox"/> 要介護・要支援の認定を受けている 【要介護状態区分: ()】 <input checked="" type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・療育・精神)を所持している 【障害名: 下肢障害 等級: 身1】 <input type="checkbox"/> 難病の特定医療費等の支給を受けている <input type="checkbox"/> 医療機器の装着や使用等をしている 【 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 透析】 <input checked="" type="checkbox"/> 一人で立つことや歩くことができない <input type="checkbox"/> 音が聞こえない(聞こえにくい) <input type="checkbox"/> 物が見えない(見えにくい) <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない(できにくい) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 自力で避難場所まで行く <input checked="" type="checkbox"/> 玄関まで出ていく <input type="checkbox"/> その他() その他(支援してほしい内容など) ・玄関までは出ていけるので、避難する必要があるときに出ていなかったら声をかけてほしい ・避難所まで車いすを利用したい

避難場所・避難経路等	(地震の場合)	〇〇津波避難ビル
	(風水害の場合)	××センター



自宅の場所を●でマークし、**避難場所までの経路を矢印**でご記入ください。
地図に避難場所が入っていない場合は、「ここから〇〇通りを通り、△△ビルへ」など、地図上に言葉で記入してください。

今までに計画を作成したことがある方は、市で把握している情報が入っています。
現在と違う箇所だけ訂正してください。



個別避難計画 年 月 日作成

フリガナ	コウチ タロウ	性別	男
氏名	高知 太郎	生年月日(年齢)	昭和45年 1月 1日生 (52歳)
住所	高知市本町1丁目1番45号		
電話(FAX)	自宅 123-4567 携帯 090-123-4567 FAX		
メールアドレス			
同居人	有() 無() (1人) 無	家族構成など	妻 (日中独居・夜間独居)

※情報を提供することについて同意を得た上で、記入してください。

緊急時の連絡先①

フリガナ	コウチ ジロウ	本人との関係	長男
氏名	高知 次郎		
住所	高知市上町1丁目〇-××		
連絡先	088-123-4567		

緊急時の連絡先②

フリガナ	トサ ハナコ	本人との関係	長女
氏名	土佐 花子		
住所	東京都新宿区西新宿〇-×-△		
連絡先	080-123-4567		

避難の手助けをする方(避難支援等実施者)①

フリガナ	キンリン スミカ		
氏名	(団体名及び代表者でも可)		
住所・所在	近隣 住 高知市本町1丁目△-×		
連絡先	090-123-4567		

避難の手助けをする方(避難支援等実施者)②

フリガナ	(団体名及び代表者でも可)		
氏名			
住所・所在			
連絡先			

※避難支援等実施者による災害時の避難支援を保証するものではありません。また、避難支援等実施者は、避難支援について法的な責任や義務を負うものではありません。

定期的にご利用している医療機関や介護・障害福祉事業所の連絡先	名称: 〇×病院	電話: 〇〇〇-××××	備考
	名称:	電話:	備考
	名称:	電話:	備考

避難の時に持っていくもの

<input checked="" type="checkbox"/> 薬、お薬手帳	<input checked="" type="checkbox"/> メガネ	<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 入れ歯
<input type="checkbox"/> 杖	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> シルバーカー	
<input type="checkbox"/> その他()			

市で把握している情報を記載しています。
電話番号が空欄の場合は記入してください。

同居している人がいるか、いる場合は**人数も記入**してください。
同居している人がいる場合は、右欄の**家族構成も記入**してください。

災害が起きた時の**緊急連絡先**を記入してください。
緊急連絡先を計画に記入することについて、**必ず相手方の許可**をもらってください。

災害が起きた時に、**避難を手助け**してくれる人を記入してください。
記入することについて、**必ず相手方の許可**をもらってください。

実施者を決めても、災害発生時に必ず避難支援することを保証するものではありません。

日ごろから利用している病院や施設があれば、記入してください。

避難の時に持っていくものにチェックしてください。リストにないもので大事なものは「その他」にご記入ください。