

避難場所	名称：
避難支援時の留意事項 (該当に■)	支援者の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ↳ 有の場合、支援者は <input type="checkbox"/> 同居親族 <input type="checkbox"/> 同居以外の親族 <input type="checkbox"/> 近隣住民 <input type="checkbox"/> その他〔 〕 ※無の場合、支援者確保に努めるようお願いします。
	避難手段 <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> その他〔 〕
	移動時間
	避難経路 ※書ける範囲で簡単な地図をお書きください。(経路が分かるようにお示しください)
上記避難場所に避難できない場合に避難する場所 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 住所：

市の受付欄
-------

## 八潮市避難行動要支援者個別避難計画について

災害発生時において、要支援者に対する各種避難支援を迅速かつ安全に実施していくためには、要支援者一人ひとりについて、具体的に誰が支援をして、どこの避難所に誘導させるかなど、明確にしておく必要があります。

このため、これらの情報を記載した個別避難計画を作成し、地域で支援が必要な方の情報を平常時においても共有するため、関係機関及び地域の支援者（居住の町会・自治会、自主防災組織、民生委員・児童委員等）へ情報提供するものです。また、災害発生時には、関係機関から安否確認のため、電話連絡等をさせていただくことがあります。なお、個別避難計画を提出することで、災害時の避難支援や安否確認が保証されるものではありませんので、可能な範囲で自助による備えをお願いします。

上記の内容を理解し、個別避難計画を関係機関及び地域支援者へ提供することに、同意します。

同意日： 年 月 日

署名： \_\_\_\_\_

(代理人の場合は代筆をお願いします)

※登録情報の有効期限は最大で3年間であり、延長する場合には再度提出が必要です。

市の記入欄	登録番号
この個別避難計画書兼登録申請書は令和 年 月 日まで有効です。	

警戒レベルは、災害発生の危険度と、とるべき行動を直感的に理解し、的確に避難行動ができるよう、5段階で表しています。災害発生の危険度が高くなるほど数字が大きくなります。

警戒レベル (国・都道府県)	避難情報等	発令	避難行動等
警戒レベル1	早期注意情報	気象庁	最新情報に注意
警戒レベル2	洪水注意報 大雨注意報等	気象庁	避難に備える
警戒レベル3	高齢者等避難	八潮市	避難に時間の要する人は避難 その他の人は避難の準備
警戒レベル4	避難指示	八潮市	全員避難
~~~~~ <警戒レベル4までに必ず避難!> ~~~~~			
警戒レベル5	緊急安全確保	八潮市	命を守るための最善の行動をとる

【第1号様式】

八潮市避難行動要支援者個別避難計画書兼登録申請書

申請日： 年 月 日

八潮市長 宛て

私は、八潮市避難行動要支援者個別避難計画書兼登録申請書を提出します。

※代理記載の場合のみ記入	氏名	連絡先	
	要支援者との関係		
ふりがな 氏名	性別 (該当に■)	□男 ・ □女	
住所	(在宅者が対象となります) 〒 ー ー 八潮市		
連絡先	電話： メール・FAX：		
同居家族の有無 (該当に■)	<input type="checkbox"/> ①一人暮らし <input type="checkbox"/> ②同居家族あり ( ー 人家族) ↳ ( <input type="checkbox"/> 配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 親 ・ <input type="checkbox"/> 子 ・ <input type="checkbox"/> その他 ) ※二世帯住宅の場合も②としてください。	<div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>【写真添付】</b></p> <p>① 6か月以内に撮影</p> <p>② 上半身</p> <p>③ 正面向</p> <p>④ 脱帽</p> </div>	
生年月日 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 明・ <input type="checkbox"/> 大・ <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平・ <input type="checkbox"/> 令 年 月 日		
町会・自治会 (該当に■)	<input type="checkbox"/> ①加入済み ( ー 町会・自治会) <input type="checkbox"/> ②未加入 <input type="checkbox"/> ③分からない		
区分 (該当に■)	<input type="checkbox"/> ①健康に不安を抱える65歳以上のひとり暮らし高齢者及び高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> ②要介護認定3以上の方で災害発生時に同居家族から支援を得られない者 <input type="checkbox"/> ③身体障害者手帳を有する者のうち、障がいの等級が1～2級の認定を受けている者〔どのような障がいか： ー 〕 <input type="checkbox"/> ④療育手帳A、Aを所持する知的障がい者 <input type="checkbox"/> ⑤精神障害者保健福祉手帳1・2級を所持する者 <input type="checkbox"/> ⑥指定難病患者・小児慢性特定疾病児童等 <input type="checkbox"/> ⑦妊産婦 <input type="checkbox"/> ⑧乳幼児 <input type="checkbox"/> ⑨外国人 <input type="checkbox"/> ⑩その他の者〔 ー 〕		
治療中の病気	例：糖尿病、白内障		
服用中の薬	例：インスリン（糖尿病のため）		
必需品 (該当に■)	<input type="checkbox"/> めがね <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストマ用装具 <input type="checkbox"/> 薬〔 ー 〕 <input type="checkbox"/> その他〔 ー 〕		

情報伝達及び避難誘導での留意事項 (該当に■)	<input type="checkbox"/> 立つことができない <input type="checkbox"/> 歩行ができない <input type="checkbox"/> 足が不自由である <input type="checkbox"/> 介助者が必要 <input type="checkbox"/> 車椅子が必要 <input type="checkbox"/> 手すりが必要 <input type="checkbox"/> 杖が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例：ゆっくり誘導する ー 〕
	<input type="checkbox"/> 音が聞こえない <input type="checkbox"/> 音が聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 電話での対応が難しい <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 手話が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例：体にふれて注意を促す ー 〕
	<input type="checkbox"/> 物が見えない <input type="checkbox"/> 物が見えにくい <input type="checkbox"/> 音声による支援が必要 <input type="checkbox"/> その他〔例：ゆっくり話す ー 〕
	<input type="checkbox"/> 言葉や文字の理解が難しい <input type="checkbox"/> 危険なことを判断できない <input type="checkbox"/> パニックになることがある (どのような対応が必要かご記入ください) 対応方法〔 ー 〕 <input type="checkbox"/> その他 (どのような対応が必要かご記入ください) 対応方法〔 ー 〕
特記事項 (該当に■)	その他支援する際の留意事項 <input type="checkbox"/> 日中の居場所 例：〇〇病院にて人工透析週3回   例：日中は〇〇学校に通学 例：デイサービス月・水・金 10:00-15:00 (〇〇苑) を利用している 〔 ー 〕 <input type="checkbox"/> その他 例：同居家族はいるが、日中は一人であることが多い。 〔 ー 〕
避難所での留意事項	例：食事の介助を要する。
健康上での留意事項	例：〇〇の病気のため、〇〇という薬を服用している。

※「支援者連絡先」に記載する支援者の方の同意を必ず得て記入してください。

緊急時の家族等の連絡先	ふりがな氏名	① (続柄)	電話番号	住所
	ふりがな氏名	② (続柄)	電話番号	住所
支援者の連絡先	ふりがな氏名	① (関係)	電話番号	住所
	ふりがな氏名	② (関係)	電話番号	住所