様式第９号（第６条関係）

災害時要援護者個別支援計画書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基礎情報 | ふりがな  氏　名 | | | (男・女) | | | | 年齢 | | 電　話 | |  | | |
|  | | F A X | |  | | |
| 住　所 | | |  | | | | | | | E-mail |  | | |
| 家族構成・  同居情報等 | | | |  | | | | | | | | | |
| 要 支 援  情　 報 | 身体障害・要介護・療養・その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 利用中の医療福祉サービス | 介護保険／総合事業／障害福祉／児童福祉／医療機関／その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 家族等  緊　急  連絡先 | 氏名 |  | | | | 続柄 | 住　所 | |  | | | | | |
|  | 電話･FAX･E-mail | |  | | | | | |
| 氏名 |  | | | | 続柄 | 住所 | |  | | | | | |
|  | 電話･FAX･E-mail | |  | | | | | |
| 避難時携行医薬品等 | （かかりつけ医療機関）  （既往症） | | | | | | | | | | | | | |
| 備　考 | 避難誘導時や避難先での留意事項、その他 | | | | | | | | | | | | | |
| 避　難  支援者 | 氏名 | |  | | | 住所 |  | | | | | | 電話 |  |
| 氏名 | |  | | | 住所 |  | | | | | | 電話 |  |
| 氏名 | |  | | | 住所 |  | | | | | | 電話 |  |

※避難支援者は、要支援者の家の間取りや寝室の位置等を確認しておいてください。

　　年　　月　　日

　　上記の内容について、誤り等がないことを確認しました。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（本人との関係）