

個別支援カード 兼 個別支援計画

※同意されない場合や、長期入院・入所されている方は記入不要です。
 ※同意される場合は、以下に記入し同意書とともに郵送または福祉課窓口か各連絡所に提出ください。
 ※この情報は、避難支援等関係者(自治会、自主防災組織、民生委員等)に提供します。

基本情報	ふりがな 氏名	生年 月日	年	月	日	年齢	歳
	住所	〒666-02 猪名川町					
	電話番号	(自宅) (携帯)					
	メールアドレス						
	町の情報の 入手方法	<input type="checkbox"/> いなぼうネットに登録している <input type="checkbox"/> 防災情報配信サービスに登録している <input type="checkbox"/> ホームページが見れる <input type="checkbox"/> 猪名川町の公式LINEに登録している <input type="checkbox"/> その他()					
	医療的ケア	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他()					
	医薬品情報						
支援準備情報	家族構成 同居の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 75歳以上のみ世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()					
	避難時の支援	<input type="checkbox"/> 誰かの支援がないと避難できない <input type="checkbox"/> 誘導等があれば避難可能					
	移動の状況	<input type="checkbox"/> 自力歩行できる <input type="checkbox"/> 自力歩行できない <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 見えづらい <input type="checkbox"/> 聞こえづらい <input type="checkbox"/> 言葉でうまく伝えられない <input type="checkbox"/> 手話が必要 <input type="checkbox"/> 要約筆記が必要 <input type="checkbox"/> その他()					
安否確認	家族等緊急時の 連絡先	ふりがな 氏名				続柄関係	
		住所				電話	
		ふりがな 氏名				続柄関係	
		住所				電話	

承諾書

避難支援等関係者代表者 様

私は、災害発生時に地域の助けを受けるため、緊急の連絡先及び地域支援者の情報を含めた本カードを避難支援等関係者、支援者及び猪名川町が保有すること、災害発生時に、必ずしも本カードに基づく支援が受けられるとは限らないこと、また災害発生時等に支援者等より支援を受けた際に、怪我等の損害を被った場合にも支援者等がその責任を負わないことについて同意します。

令和 6 年 2 月 日

本人氏名	←必ず署名をお願いします。
------	---------------

代理人氏名	本人との関係
代理人住所	

個別支援計画

(支援団体記載欄)

支援団体名 ()

避難情報	避難場所	
	避難経路	
特記事項	要配慮事項	

年 月 日 記入者

年 月 日 更新者

年 月 日 更新者

年 月 日 更新者

年 月 日 更新者

避難支援等実施者の氏名又は団体の名称	住所又は居所	電話番号等連絡先