

同意書

令和 7 年 〇 月 〇 日

私

署名 天王寺 太郎

住所 天王寺区 〇〇町 〇丁目 〇番 〇号 (マンション名等)

は、①災害時の避難について支援プラン（個別避難計画）を作成すること
と、②そのために支援者などの関係者に私の情報を提供することに、

☒ 同意します。

⇒裏面の「支援プラン」にご記入のうえ、本書を返送してください。

☐ 同意しません。

⇒下記から同意しない理由を選び、☒チェックしてください。

☐ 作成不要（相談したり支援したりしてくれる親族や知人がいる など）

☐ 自身の個別避難計画情報を支援者などの関係者に提供したくない

☐ その他の理由（ ）

⇒裏面の記入は不要です。本書を返送してください。

※ご返送がない場合は、同意がないものとして取り扱います。

☒ チェックしてください
必ずどちらかに

記入例

避難行動要支援者「支援プラン」(個別避難計画)

取扱注意

●記入日および太枠内をご記入ください。

記入日 令和 年 月 日

(近しい方とご相談いただくなどして、可能な限りすべての項目をご記入ください。)

| | | | |
|---|-----------------------------|--|----------------------|
| ふりがな 要支援者の氏名 | てんのうじ たろう 天王寺 太郎 | 電話番号 | 06-1111-2222 |
| 住所 | 大阪市天王寺区〇〇町〇丁目〇番〇号 (マンション名等) | | |
| 生年月日 (性別) | 昭利・平成 17 年 1 月 1 日 (男・女) | | |
| 緊急連絡先 | ふりがな 氏名 | てんのうじ じろう 天王寺 次郎 | 本人との関係 長男 |
| | 住所 | 大阪市〇〇区〇〇1-2-3 | 連絡先 090-1212-1212 |
| かかりつけ医① | | かかりつけ医② | |
| 医療機関名 | 電話番号 | 医療機関名 | 電話番号 |
| 〇〇クリニック | 06-2222-3333 | | |
| 福祉サービス事業所等 | | ケアマネジャー | |
| 事業所名 | 電話番号 | 氏名 | 電話番号 |
| 〇〇介護事業所 | 06-3333-4444 | 〇〇 〇〇 | 06-1234-1234 |
| その他 | | その他 | |
| 機関・事業所名等 | 電話番号 | 機関・事業所名等 | 電話番号 |
| 〇〇デイケア | 06-4444-5555 | | |
| あなたの 今の状況 に一番 近いもの A・B・Cの いずれかに 〇をつけて ください | A | ・ねたきりなど、自力で動けない | 担架、リヤカー、車椅子などの道具が必要 |
| | B | ・自力で動けるが、足腰に不安がある ・自力で動けるが、避難判断に不安がある | 付き添いが必要 |
| | C | ・自力で動けるが、一人暮らし | 安否確認、避難誘導 |
| 特記事項 (避難、避難生活で留意すること、必要な支援の内容等) | | | |
| 手話か筆談、移動は常時車椅子、食事・トイレ等介助が必要、常用薬あり 等 | | | |
| 支援 (安否確認) 者① | 隣の〇〇さん | 連絡先 | 090-1234-1234 |
| 支援 (安否確認) 者② * 複数いる場合 | 親族の〇〇さん | 連絡先 * 左記支援者が いる場合 | 06-5555-5555 |
| ※緊急連絡先欄及び支援 (安否確認) 者欄をご記入の際は、必ず情報を提供することについて同意を得てください。 | | | |
| 災害時避難所 | | 一時避難場所 | |