

個別支援計画

地区番号： 自治会名：	調査日	年 月 日		
フリガナ	性別			
氏名	生年月日	(歳)		
住所				
自宅電話	携帯番号			
本人の状況等	聴力	<input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえる		
	歩行力	<input type="checkbox"/> 何も使わず歩ける <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり		
	支 援 法	<input type="checkbox"/> 必要なし <input type="checkbox"/> 情報伝達支援 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 歩行支援 <input type="checkbox"/> 車両支援 <input type="checkbox"/> 福祉車両支援		
	特 事 記 項			
支 援 者	氏名		関 係	
	住所		電 話	
	氏名		関 係	
	住所		電 話	
緊急時の連絡先	氏名		関 係	
	住所		電 話	
	氏名		関 係	
	住所		電 話	
就 寝 場 所	※ 寝たきりの方のみ記入 (例：1階東側の部屋)			
避 難 場 所				
連 絡 先	福祉課 社会福祉係	電 話	23 - 1330 (直通)	
※ 個別支援計画は、平常時から避難支援等関係者へ名簿情報を提供することに同意された方について、災害時に迅速かつ適切な避難支援ができるように作成するものです。 ※ 避難支援を実施する者自身やその家族等の安全が大前提であるため、本個別支援計画に基づいた避難支援が必ず行われることを保障するものではありません。 ※ 避難支援を実施する者は法的な責任や義務を負うものではありません。				