

様

災害時ケアプランの作成について

近年は気候変動による台風や大雨の災害が日本各地で頻発しており、多くの生命や財産が失われています。

皆さんも、もし災害が発生したら、自分はどうなるのだろうか？と不安に思われているのではないのでしょうか。

大和郡山市では、「総合防災マップ」で浸水や土砂災害などがおきる可能性がある地域にお住まいで、いざというとき、自分だけで避難することが難しい方の日常生活をサポートされているケアマネジャー・相談支援専門員に「災害時ケアプラン」作成を委託しています。

「災害時ケアプラン」とは、いざというとき「誰の助けを借りながら？」「どのような移動手段で？」「どの施設(家)に？」避難するのか？また避難が長期にわたるときは「どのように生活するのか？」を日頃から考えておくものです。ぜひともあなた自身の「災害時ケアプラン」をつくっていくことにご同意をいただきますようお願いいたします。

令和 年 月 日

大和郡山市総務部災害対策課

※なお、ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

お問い合わせ先

大和郡山市災害対策課災害対策係

市庁舎 4 階 1 窓口

電話 0 7 4 3 - 5 3 - 1 1 5 1 内線 6 2 9、6 3 0

災害時避難行動要支援者名簿情報提供同意書

私は、災害発生時に地域からの支援が必要となるため、大和郡山市が作成する「災害時避難行動要支援者名簿」に登録し、平常時から避難支援等関係者(消防署、消防団、警察署、民生委員、自主防災組織、社会福祉協議会、地域包括支援センター)または個別避難計画作成関係者(ケアマネージャー・相談支援専門員)(民間福祉施設に緊急入所もしくは福祉避難所として避難する場合)当該福祉施設へ私の個人情報(「災害時ケアプラン」を含む)を提供することに

同意します。

同意しません。

情報提供に同意することにより、避難支援者(地域等)から災害発生時における避難行動の際の支援を受ける可能性が高まりますが、災害時の避難支援が必ず受けられることを保証するものではありません。

また、避難支援等関係者は、避難支援等に関し法的な責任や義務を負うものではありません。なお、避難支援をできるだけ確実にするため、「災害時ケアプラン」を作成することをお奨めします。要介護度3以上の方、身体障がい者手帳1、2級所持の方等は、ケアマネージャー・相談支援専門員等が作成のお手伝いをします。

令和 年 月 日

【名簿記載者】

ふりがな 氏名			
住所	大和郡山市		
自宅 電話	()	携帯 電話	

【代理人署名】 本人が署名できない場合

ふりがな 氏名			
住所	大和郡山市		
自宅 電話	()	携帯 電話	

※提供いただいた情報は災害及び救急防火防災支援以外には使用いたしません。

災害時ケアプラン

様式 3

ふりがな 対象者 (1)氏名		自宅電話	----- (3)
		携帯電話	
(2) 住所	大和郡山市	(4) 生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
(5)避難支援等を必要とする理由 <input type="checkbox"/> 要介護度3以上 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳1、2級 <input type="checkbox"/> 知的障がい者(療育手帳A) <input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳1級 <input type="checkbox"/> 難病患者 <input type="checkbox"/> その他()			
(6)同居家族 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる()人、日中()人			
(7)ハザードの 状況等	住居の高さ等	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> 3階以上 <input type="checkbox"/> 木造建物の場合のみチェック	
	水害(浸水想定)	<input type="checkbox"/> 0.5m~3m未満 <input type="checkbox"/> 3m~5m <input type="checkbox"/> 5m以上	
	土砂災害	<input type="checkbox"/> 土砂災害特別警戒区域 <input type="checkbox"/> 土砂災害警戒区域	
(8) 緊急 連絡 先	ふりがな 氏名	本人と の関係	住所
			電話
			自宅
			携帯
		自宅	携帯
(9)特記事項 ○主な疾患、障がい等 ○配慮の必要な事項 他			
かかりつけの医療機関等		使用している薬	介護・医療機器
名称			
主治医			
電話番号			
(10)避難先の選択 ①大雨、洪水、土砂災害、台風 <input type="checkbox"/> 市指定避難所() ※開設が決定されたときのみ <input type="checkbox"/> 福祉避難所 ※基本的に長期滞在時のみです <input type="checkbox"/> 福祉施設等緊急入所 <input type="checkbox"/> 垂直避難(自宅の 階) <input type="checkbox"/> 親戚の家() <input type="checkbox"/> 自治会館等() <input type="checkbox"/> 自家用車待機() <input type="checkbox"/> その他()			

大和郡山市

②大地震

- 市指定避難所（ ） 福祉避難所※基本的に長期滞在時のみ
福祉施設等緊急入所 在宅避難 親戚の家（ ）
自治会館等（ ） 自家用車待機（ ）
その他（ ）

(11)避難経路(別途入手した地図を貼り付けてもかまいません。)

(12)
自治会名

(12)
班名

(13)
民生委員名

(14)地域支援者 必要 必要ない(理由:)

ふりがな
氏名

住所

電話

支援内容(避難行動及び避難生活に係る支援)

令和 年 月 日

- 私は、上記災害時ケアプランの記載内容に相違がないことを確認します。
地域支援者は、自らが可能な範囲において災害時の支援を行うものであり、支援について法的な義務や責任を負うものではありません。

氏名(自署) _____

代理人(自書) _____

災害時ケアプラン(完了・変更)届

令和 年 月 日

大和郡山市長 宛

所在地 _____

法人名 _____

代表者名 _____ 印

令和 年 月 1日から令和 年 月末日までの期間に作成した「災害時ケアプラン」について、下記のとおり完了したので届出します。

記

1 「災害時ケアプラン」を新規作成した対象者 _____ 件

	対象者氏名	区分	作成者氏名	職名	重要事項確認日	備考
1				介護・相談	R . .	
2				介護・相談	R . .	
3				介護・相談	R . .	

※職名 介護＝介護支援専門員 相談＝相談支援専門員以下同じ

2 「災害時ケアプラン」を適合認定後に変更修正した対象者 _____ 件

	対象者氏名	区分	作成者氏名	職名	適合認定または最終変更修正日	備考
1				介護・相談	R . .	
2				介護・相談	R . .	
3				介護・相談	R . .	

3 添付書類

(1) 「災害時ケアプラン」新規作成

- ・災害時避難行動要支援者名簿情報提供同意書
- ・「災害時ケアプラン」原本及び副本(コピー)

(2) 「災害時ケアプラン」適合認定後変更修正

- ・「災害時ケアプラン」原本及び副本(コピー)

災害時ケアプラン作成委託料請求書

令和 年 月 日

大和郡山市長 宛

所在地 _____

法人名 _____

代表者名 _____ 印

「災害時ケアプラン」等を作成しましたので、
下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

2 内 訳

①新規作成 件 × 7,000 円＝

②内容変更・修正(適合認定・最終変更・修正後1年以上経過)
件 × 1,500 円＝③内容変更・修正(適合認定・最終変更・修正後3年以上経過)
件 × 3,500 円＝

3 添付する書類

災害時ケアプラン完了届写
(市受付印の押されたもの)

4 振込口座

金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店
預金種目 口座番号	1. 普通 2. 当座	No.
(フリガナ) 口座名義		
債権者コード		