

宛名印字

【個別避難計画作成の優先度の高い方へ】

福祉事業者等による

熊本市個別避難計画作成

にかかる同意書

及び必要事項をご記入のうえ、令和8年11月20日（金）までに、同封の返信用封筒でご返送ください。

（１）施設に入所 または 長期入院をしていますか。（一時的な入所・入院は除く）

☐ はい

→在宅の方を対象としており、対象者となりませんので記入は終了です。

※避難行動要支援者制度の対象外となるため、名簿への掲載及び個別避難計画の作成は行いません。

☐ いいえ →下記（２）以降の質問へ

（２）人工呼吸器を使用していますか。

☐ はい

※熊本市医療対策課と調整を行い、作成を進めます。

熊本市医療対策課では、人工呼吸器を使用して在宅療養されている方やそのご家族が、災害時に安全に避難できるよう、個別避難計画の作成を支援しています。

※ここでいう人工呼吸器使用者とは、人工呼吸器（気管切開のみ含む）及びCPAP使用者（睡眠時無呼吸によるCPAP使用を除く）

計画作成は、ご本人やご家族、支援者と相談し、電源の確保や避難場所、移動手段、準備物品などを確認し、調整しながら進めます。

なお、この計画は、災害への備えを考えるためのものであり、避難時の支援が必ず提供されるものではないことをご理解ください。

☐ いいえ

※担当するケアマネジャーや相談支援専門員等と調整を行い、作成を進めます。

（右面へ）

（３）同意確認欄

私は同封の「熊本市個別避難計画作成に関する留意事項（重要）」の内容を理解し、
福祉事業者など（人工呼吸器使用者の場合は熊本市医療対策課）が個別避難計画を作成することについて
個別避難計画の作成に必要な範囲で、個人情報福祉事業者、避難支援をする人及び地域
関係者など（人工呼吸器使用者の場合は熊本市医療対策課及び医療機関など）へ提供する
ことについて

☐ 同意します →下記「同意署名欄」へ

※ご同意いただいた場合、避難行動要支援者名簿情報（氏名、生年月日、性別、住所又は居所、電話番号、避難支援等が必要とする理由など）及び作成した個別避難計画を平時から避難支援等関係者間で共有します。

☐ 同意しません
福祉事業者（医療対策課）による作成を必要としないから
その他

（同意署名欄）

令和 年 月 日 本人氏名

（代理人）氏名 （本人との関係）

※登録者本人が「自署できない」場合は、代理人が記入してください

担当するケアマネジャー（介護支援専門員）や相談支援専門員について記入してください。

事業所名
※居宅介護支援事業所、相談支援事業所（障がい）など

ケアマネジャー名
相談支援専門員名