

個別支援計画作成前の事前確認書

要援護者 基本情報	ふりがな 氏名	にしわき いち たろう 西脇 市太郎	生年 月日	昭和●●●	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
	住所	西脇市〇〇町605番地				
	電話	(固定電話) 0795-22-〇〇〇〇	FAX	0795-22-〇〇〇〇		
		(携帯電話) 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇				

●要援護者の状況を把握している家族等(福祉専門職以外)の氏名及び連絡先

氏名	かとう さくら 加東 桜 (長女)	住所	加東市〇〇123-4	連絡先	0795-xx-xxxx 090-xxxx-xxxx
氏名	にしわき いちろう 西脇 一郎 (長男)	住所	大阪府中央区〇〇 987-65-4-3	連絡先	090-xxxx-xxxx
氏名	_____	住所	_____	連絡先	_____

●担当の福祉専門職(ケアマネジャー、障害者相談支援専門員)

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	担当者	〇〇 〇〇	連絡先	0795-xx-xxxx
------	-------------	-----	-------	-----	---------------------

私は、災害時の個別支援計画の作成及び計画に基づく支援に当たり、身体
の状況、家族の状況等、自分に関する情報を避難支援関係者（自主防災会、福祉
専門職、行政等）が共有することに同意します。

●●××年××月××日

●●町自主防災会 様

代理人署名の場合は空欄

氏名 **西脇 市太郎**

本人が署名できない場合には、代理人が署名、本人との関係を記入のうえ押印してください。

代理署名 **加東 桜**

(本人との関係) **長女**