

被災状況確認表

施設名	確認日時	確認者
	年 月 日 時 分	

1 施設周辺、施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常無し 又は良好	異常有
施設周辺	近くで火災が発生していないか		
	延焼の危険性はないか		
	ガス臭がしないか		
	地割れ、陥没、隆起、液状化がないか		
	施設周辺の建築物等が倒壊し、危険ではないか		
	断線し垂れ下がっている電線はないか		
	周辺道路(幹線道路からの進入の可否)は通行できるか。 特記事項		
施設外観 (外観)	建物が傾いていないか		
	柱および壁面等に亀裂・剥離がないか		
	窓ガラスの破損がないか		
	出入口の扉が開閉できるか		
	電気はつか		
	特記事項		
施設外観 (別館)	建物が傾いていないか		
	柱および壁面等に亀裂・剥離がないか		
	窓ガラスの破損がないか		
	出入口の扉が開閉できるか		
	電気はつか		
	特記事項		

2 施設内部の状況

調査箇所	階	室・トイレ・廊下
点検項目 A:良好 B:良好ではないが、応急措置で対応可能 C:応急措置では対応不可能	出火防止措置を講じたか	A B C
	ガス臭くないか	A B C
	出入口の扉は開閉ができるか	A B C
	床の破損がないか	A B C
	柱および壁面等に亀裂・剥離がないか	A B C
	天井の亀裂・落下がないか	A B C
	窓ガラスの破損がないか	A B C
	備品等の転倒、落下がないか	A B C
	電気はつか	A B C
	断水していないか	A B C
特記事項(緊急に必要な補修など)		

被災状況報告書

※ 状況に変化があった場合は、「第2報」以降の報告をしてください。

施設名	報告日時	報告者
	年 月 日 時 分	

1 施設職員、利用者の状況

区分	人数	責任者氏名	連絡担当者
施設職員	人	職員 名 (うち負傷者 名)	
区分	人数	内 訳	
利用者	人	高齢者 名 障がい者 名	
		その他 名 (うち負傷者 名)	

※妊産婦福祉避難所は「利用者」に欄に避難している学生の人数を記載

2 建物の被害状況 ライフラインについては、○か×を記入。

建物の被害状況	被害なし	全壊	半壊	危険な状態
電気				
水道				
ガス				
下水道				

3 通信手段の状況 可能な連絡方法を記載してください

区分	番号	区分	番号
固定電話		携帯電話/氏名	
ファクシミリ		e-mail/氏名	
オープンチャット	(登録者名)		
その他			

4 本来業務継続の可否

本来業務継続の可否	継続が可能 継続が不可能
備考	(上記の理由等を具体的に記入してください。)

5 福祉避難所としての開設の可否

福祉避難所開設の可否	開設が可能 受入可能人数 人 人員、物資があれば開設が可能(受入要件は下記「6」に記入) 受入可能人数 人 開設不可能
備考	(開設不可能な理由等を具体的に記入してください。)

6 福祉避難所開設に追加で必要な人員、物資

(「5 福祉避難所開設の可否」で「人員、物資があれば開設が可能」とした場合に記入してください。)

必要な人員	人	想定している業務 ()
必要な物資	()	()
()に数量を記入	()	()
	()	()
	()	()

7 周辺の状況等

周辺の状況 道路、河川等	(現在の状況や施設周辺の被害状況等をわかる範囲で記入してください。)
-----------------	------------------------------------

※ 記入欄が不足する場合、別紙に記載のうえ、提出してください。

開設要請及び要配慮者受入要請書

様

作成日

鹿児島市長

災害時における福祉避難所設置に関する協力協定第3条の規定に基づき、福祉避難所の開設について以下のとおり要請します。

開設期間		～	
備考	※開設の延長が必要な場合にあっては、協議のうえ延長を行うこととします		

要配慮者等受入要請者名簿

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

鹿児島市担当連絡先	課名：	担当者：	電話：
			FAX：

要配慮者受入要請書

様

作成日

鹿児島市長

災害時における福祉避難所設置に関する協力協定第3条の規定に基づき、福祉避難所での受入について、以下のとおり要請します。

要配慮者等受入要請者名簿

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
《身元引受人》	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

鹿児島市担当連絡先	地域福祉課	担当者名	電話:099-216-1244
			FAX:099-223-3413

要配慮者受入報告書

作成日

施設名

報告者名

災害時における福祉避難所設置に関する協力協定に基づき、福祉避難所での受入について、以下のとおり報告します。

要配慮者等受入要請者名簿

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
＜身元引受人＞	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
＜身元引受人＞	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
＜身元引受人＞	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	住 所
連 絡 先	＜心身の状況＞			
＜介護度＞	＜かかりつけの医療機関や服薬等＞			
＜身元引受人＞	＜続柄＞	＜住所＞		＜緊急連絡先＞

鹿児島市 ⇒ 施設

様式5

移送要請書

作成日

様

鹿児島市長

災害時における要配慮者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

要配慮者名	
身元引受人	氏 名： 続 柄：
	連絡先：
避 難 所 名	
避難所所在地	
指定避難所 担当職員(班長)	TEL：
移送希望日時	年 月 日 時 分

施設記録様式 ※福祉避難所閉鎖後に要提出

様式6

移送記録簿

[illegible]

要配慮者等受入リスト

施設名 ()												
	名前	生年月日等			住所	区分			利用日数			備考
1		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
2		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
3		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
4		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
5		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
6		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
7		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
8		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
9		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				
10		年 月 日 (才)	鹿児島市			要介護()		要支援()	自 月 日 至 月 日			
						障がい()		妊産婦・乳幼児				
						()番の家族		その他				

施設 ⇒ 鹿児島市

様式8

支援依頼票（食糧・物資等供給依頼）

依頼日
施設名
依頼者名

依頼物資、人的支援の依頼内容 等 ※品名・数量・人数等できるだけ詳細に

特記事項

鹿児島市使用欄

【受信日時】 年 月 日 () 時 分

受信者氏名

手配物資等品名・数量

手配日時

	月 日 () 時 分
--	-------------

	月 日 () 時 分
--	-------------

月 日 () 時 分

	月 日 () 時 分
--	-------------

	月 日 () 時 分
--	-------------

特記事項

施設記録様式
※福祉避難所閉鎖後に要提出

様式9

食糧・物資等受払簿

受け入れ			払い出し							在庫数
月 日	品 名	数量								
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							

施設 ⇒ 鹿児島市

様式10

報告書(日報)

[illegible]

施設 ⇒ 鹿児島市

様式11

福祉避難所の設置運営に要した経費に関する届出書

施設名		
(1)生活相談員等に要する人件費 介護保険法による請求等、他公費との重複はありません ☐		円
(2)要配慮者等に要した食費		円
(3)その他設置運営等に要した費用		円
	項 目	金 額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
(1) + (2) + (3)		円

鹿児島市長 殿

上記のとおり届出ます。

届出日	
施設名	
代表者名	
※問い合わせ担当者名	