

| | | | |
|---|--------|----------------------------------|-------------|
|  | FAX送信先 | 084-928-1732 | ※送付状等は不要です。 |
| | メール | kaigo@city.fukuyama.hiroshima.jp | |

※1から7までの項目のうち、1項目でも太枠内の「□有」にチェックが入る場合は、詳細内容を記入し報告してください。

社会福祉施設等被害状況報告書（第__報）

| | | | |
|------|-------|-----|---------------|
| 報告日時 | 年 月 日 | 時現在 | 設置主体 (法人名) |
| 施設名 | | | 施設種別 |
| 担当者 | | | 所在地 |
| 連絡先 | | | 緊急連絡先 |

※「連絡先」は通常の施設の電話番号等を、「緊急連絡先」はこの被害に係る緊急連絡が可能な携帯電話番号等とその説明を記入してください。例：090-XXXX-XXXX（施設長の携帯） 緊急連絡先は、貴施設の被害に必要な支援を実施する目的に限り使用します。

| | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------------|--|--|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 被害状況および対応状況 | 1. 人的被害の状況 | 被害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | 対象者 | 利用者 | 死亡者 人 | 行方不明 人 | 重傷者 人 軽傷者 人 |
| | | | 従業者 | 死亡者 人 | 行方不明 人 | 重傷者 人 軽傷者 人 |
| | 被害の詳細 | | | | | |
| | 2. 施設被害の状況 | 被害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | 建物等 (複数選択可) | <input type="checkbox"/> 全壊 | <input type="checkbox"/> 大規模半壊 | <input type="checkbox"/> 半壊 | <input type="checkbox"/> 一部損壊 |
| | | | <input type="checkbox"/> 床上浸水 | <input type="checkbox"/> 床下浸水 | <input type="checkbox"/> 土砂流入 | |
| | <input type="checkbox"/> 建物以外⇒ () | | | | | |
| | 被害の詳細 | | | | | |
| | 3. ライフラインの被害状況 | 被害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | 停電被害 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | ガス供給に関する被害 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 復旧日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | | | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | 断水被害 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 復旧日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | | | | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| 自家発電装置の燃料 (設置がある場合) | | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 確保日数 | 日分 | | |
| 飲料水の確保 | | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 確保日数 | 日分 | | |
| 食料の確保 | <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合 ⇒ | 確保日数 | 日分 | | | |
| | | 確保手段 | 日分 | | | |
| 被害の詳細 | | | | | | |
| 4. 施設へのアクセス 道路等の被害状況 | 道路等の被害 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 | | |
| | 施設の状況 | <input type="checkbox"/> 孤立していない <input type="checkbox"/> 孤立している | | | | |
| | 被害の詳細 | | | | | |
| 5. その他の被害 状況 | | | | | | |

※「被害の詳細」欄は、該当する項目についての詳細内容及び対応状況を記入してください。

| | | | | |
|----------------------|--------|--|------|------------|
| 6. サービス提供の継続への 支障 | 継続への支障 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 発生日時 | 年 月 日 時 分頃 |
| | 原因 | | | |

※「原因」欄は、サービス提供に支障をきたす主たる要因を記入してください。

| | | | | | |
|-----------------------------|------------|--|------|------------|-----|
| 7. 入所者（利用者）等の 他施設等への避難状況 | 他施設等への避難 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ※有の場合は以降記入 | 避難日時 | 年 月 日 時 分頃 | |
| | 入所者数（利用者数） | うち避難者数 | 避難先 | | |
| | | | 他施設 | 病院 | 避難所 |
| | 従業者数 | うち避難者数 | 避難先 | | |
| | | | 他施設 | 病院 | 避難所 |
| 避難先の詳細情報 | | | | | |

※「避難先の詳細情報」欄は、避難先の名称・所在地・連絡先等を記入してください。

（留意事項）

- ・第1報の報告後、新たな被害の発生や被害の復旧等、内容に変更がある場合は、第2報以降の続報をお願いします。
- ・この報告書は、原則としてFAXで提出してください。FAXが使用できない場合はメール等をお願いします。
- ・この様式に書ききれない場合は、記入欄の拡張および任意の別紙に記入等して提出していただいても構いません。