

社会福祉施設等被害状況調査票

報告日時： 月 日 時 分

法人名： \_\_\_\_\_ 施設・事業所名： \_\_\_\_\_  
サービス種別： \_\_\_\_\_ 施設・事業所所在地： \_\_\_\_\_  
担当者名： \_\_\_\_\_  
連絡先（メールアドレス，TEL，FAX等）： \_\_\_\_\_

- 1 施設の被害状況 発生日時 月 日 時 分頃  
サービス提供の継続への支障 あり なし

(被害状況の詳細)

被害額： \_\_\_\_\_ 千円

- 2 人的被害状況 発生日時 月 日 時 分頃

- 3 電気・水道等の被害状況  
停電・断水・ガス・電話等の被害 あり なし

- 4 施設へのアクセスの状況  
道路等の被害 あり なし

- 5 入所者等の他施設等への避難状況  
入所者等の他施設等への避難 あり なし

避難人数 \_\_\_\_\_ 名  
避難先名称 \_\_\_\_\_ 避難先施設種別 \_\_\_\_\_  
避難先住所 \_\_\_\_\_

- 6 その他の被害状況