

# 様式集

北名古屋市

## 様式集

遠番	様式号数	様式名
1	1	被災状況報告書
2	1-2	被災状況確認票
3	1-3	開設準備チェック項目一覧表
4	2-1	開設要請(承認)書
5	2-2	健康調査連名簿
6	2-3	健康調査票
7	2-4	要配慮者受入要請書
8	3	報告書(日報)
9	4	福祉避難所等の設置運営に要した経費に関する届出書
10	5	要配慮者受入リスト
11	6-1	移送要請書
12	6-2	移送記録簿
13	7-1	物資等要望票
14	7-2	物資等避難所要望集計表
15	7-3	食糧・物資等受払簿
16	8	福祉避難所等ボランティア依頼票
17	9	福祉避難所等解消通知書
18	10-1	緊急入所利用者負担分の費用に関する申請書
19	10-2	緊急入所利用者負担分の費用に関する利用状況一覧

※ 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	
責任者		担当者		

1 施設職員、利用者の状況

区分	人数	内訳	うち、負傷者
施設職員		勤務内	人
		在宅	人
利用者		高齢者	人
		障がい者	人
		その他	人

2 建物の被害状況 は○又は×を記入。

建物の被害状況	危険な状態	全壊	半壊	被害なし

3 ライフラインの被害状況 ○又は×を記入。

ライフラインの被災状況	電気	水道	ガス	下水道

4 通信手段の状況 可能な連絡先を記載。

固定電話	FAX	携帯電話	e-mail
-	-	-	-
その他			

5 業務継続の可否

業務継続の可否	可・否	備考(懸念事項等記載欄)

6 福祉避難所としての開設の可否

福祉避難所受入の可否	<input type="checkbox"/> 開設が可能 <input type="checkbox"/> 人員、物資があれば開設が可能 <input type="checkbox"/> 開設不可能	受入可能人員数	人
特記事項			

7 福祉避難所開設に必要な人員物資

想定する業務		必要とする人員数
(1)		人
(2)		人
(3)		人
物資	品目	数量

※ 物資の品目及び数量は別紙のとおりと記載し添付することも差し支えない。

8 周辺の追う状況

道路、河川等参考となる事項	
---------------	--

※ 記入欄が不足する場合、別紙に記載のうえ、ファクシミリ等で提出してください。

施設名	確認日時	報告者
	年 月 日 時 分	

1 施設周辺の状況

調査箇所	点検項目	異常の有無	
		なし	あり
施設周辺	<input type="checkbox"/> 近くで火災が発生していないか		
	<input type="checkbox"/> 延焼の危険性はないか		
	<input type="checkbox"/> ガス臭がしないか		
	<input type="checkbox"/> 地割れ、陥没、隆起、液状化がないか		
	<input type="checkbox"/> 施設周辺の建築物等が倒壊し、危険ではないか		
	<input type="checkbox"/> 断線し垂れ下がっている電線はないか		
	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/>		

2 施設外観の状況

調査箇所	点検項目	異常の有無	
		なし	あり
建物外観	<input type="checkbox"/> 建物が傾いていないか		
	<input type="checkbox"/> 柱や壁面等に亀裂・剥離がないか		
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか		
	<input type="checkbox"/> 出入口の扉が開閉できるか		
	<input type="checkbox"/> 電気はつかか		
	特記事項 <input type="checkbox"/>		

3 施設内部の状況

調査箇所	点検項目	異常の有無	
		なし	あり
建物内部	<input type="checkbox"/> 出火防止措置を講じたか		
	<input type="checkbox"/> ガス臭くないか		
	<input type="checkbox"/> 出入口の開閉は可能か		
	<input type="checkbox"/> 床の破損はないか		
	<input type="checkbox"/> 柱や壁面等に亀裂・剥離がないか		
	<input type="checkbox"/> 天井の亀裂・落下がないか		
	<input type="checkbox"/> 窓ガラスの破損がないか		
	<input type="checkbox"/> 備品等の転倒、落下がないか		
	<input type="checkbox"/> 電気はつかか		
	<input type="checkbox"/> 断水していないか		
	特記事項 <input type="checkbox"/>		

		項目	備考
参集、 利用者の安全確保	開所時間外	<input type="checkbox"/> 施設長等責任者の参集	
		<input type="checkbox"/> 施設の開錠	
		<input type="checkbox"/> 勤務時間外職員の参集	
		<input type="checkbox"/>	
	開所時間内	<input type="checkbox"/> 利用者の安全確保	
		<input type="checkbox"/> 利用者数確認	
		<input type="checkbox"/> 負傷者の有無の確認	
		<input type="checkbox"/> 勤務時間外職員の参集	
		<input type="checkbox"/>	
	職員の安全		<input type="checkbox"/> 職員の勤務状況確認
<input type="checkbox"/> 負傷者の有無の確認			
<input type="checkbox"/> 勤務時間外職員の安否確認			
<input type="checkbox"/>			
施設の被害状況		<input type="checkbox"/> 建物の被害状況	
		<input type="checkbox"/> 通信手段の確保	
		<input type="checkbox"/> 電気	
		<input type="checkbox"/> ガス	
		<input type="checkbox"/> 水道	
		<input type="checkbox"/> トイレ	
		<input type="checkbox"/>	
市所管 部署への 報告	施設所管部署への 報告	<input type="checkbox"/> 施設名、責任者	
		<input type="checkbox"/> 施設の状況	
		<input type="checkbox"/> 業務継続の可否	
		<input type="checkbox"/> 福祉避難所開設の可否	
		<input type="checkbox"/> 受入可能人数	
		<input type="checkbox"/> 必要な物資、人員等	
		<input type="checkbox"/>	
	開設準備	<input type="checkbox"/> 受入場所の確保	
		<input type="checkbox"/> 物資、器材等の確認	
		<input type="checkbox"/> トイレの確保	
		<input type="checkbox"/> 職員体制の確認	
		<input type="checkbox"/> 開設準備完了を市へ報告	
		<input type="checkbox"/>	
協力可能な物資提供 ※本来の業務に 支障のない範囲			

様式第2-1号  
市 ⇒ 施設 ⇒ 市

開設要請(承認)書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

(北名古屋市長)又は(施設長) 様

(施設長)または(北名古屋市長)

災害時における福祉避難所等の設置運営に関する協定書第2条の規定に基づき、福祉避難所等の入所について下記のとおり要請(承認)します。

記

開設期間	年 月 日( )～ 年 月 日( ) <small>※開設に延長が必要な場合にあつては、協議のうえ延長を行うこととします。</small>
施設の種類	福祉避難所
備考	

○北名古屋市担当連絡先

役職及び氏名

部

課

担当者:

電話 0568-22-1111 (内線 )

FAX 0568-26-4100

○施設担当連絡先

役職及び氏名

役職: 氏名

電話 - - (内線 )

FAX - -



様式第2-3号  
施設 ⇒ 市本部

健康調査票(共通様式)  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

作成日  
年 月 日  
時 分

(用途: 全員把握避難所間移動及び保健師巡回検診に必要な情報共有)

No. 初回・( )回 保管先	方法 面接 訪問 電話 その他	対象者区分 乳児 幼児 妊婦 産婦 高齢者 障がい者 その他	担当者(自治体) 相談場所					
	氏名(フリガナ)		性別 男・女	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日	年齢			
基本的な状況	被災前住所 連絡先		避難場所 避難所(避難所名: )					
	現居所 連絡先		自宅 その他(車・テント等)					
	新住所 連絡先		その他の居所					
	情報源、把握の契機/相談者がいる場合、本人との関係・連絡先		家族状況 独居・高齢者独居・ 高齢者のみ世帯 家族問題あり( )					
	被災の状況		制度の利用状況 ・介護保険(区分: ) ・身体障害者手帳( 級) ・養育手帳( 級) ・精神保健福祉手帳( 級) ・その他( )					
	家に帰れない理由 自宅倒壊 ライフライン不通 避難指示 精神的要因 その他( )							
身体的・精神的状況	既往歴 高血圧、脳血管疾患、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、その他	現在治療中の病気 高血圧、高脂血症、糖尿病、心疾患、肝疾患、腎疾患、精神疾患、結核、難病、アレルギー その他	内服薬 なし・あり(中断・継続) 内服薬名: 医療器材・器具 在宅酸素・人工透析 その他( )		医療機関名 被災前: 被災後:			
			食事制限 なし・あり 内容: 水分:	血圧測定値 最高血圧: 最低血圧:				
	現在の状態(自覚症状ごとに発症時期・持続・転帰を記載)		具体的自覚症状(参考)					
	日常生活状況	食事	保清	衣類の脱着	排泄	移動	意思疎通	判断力・記憶
自立								
一部介助								
全介助								
備考								
相談内容	相談内容				支援内容・支援方針  解決・継続			

様式第2-4号  
避難所 ⇒ 市 ⇒ 施設

要配慮者受入要請書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日  
時 分

(施設長)

様

北名古屋市災害対策本部長

災害時における指定福祉避難所の設置運営に関する協定書第2条の規定に基づき、要配慮者の受入れについて下記のとおり要請します。

記

施設の種類の種類	福祉避難所
備考	障がい者福祉施設(入所・通所)・高齢者福祉施設(入所・通所)・その他

要配慮者受入対象者情報

(フリガナ)対象者氏名	性別 男・女	年齢	生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日
住所又は居所	連絡先		
身体及び障がいの状況	※服薬、既往症等を記載する。		
要介護度又は障がい等級・支援区分			
要配慮者の要望等	<要配慮者のニーズ(要望)と精神的な面を含め、必要とされる特別な配慮等>		
歩行状態	※車椅子や補助具利用等の状況を記載すること。		
食事形態	※きざみ食・ミキサー食・とろみ食等		
かかりつけ医	医療機関名 所在地	医師名	連絡先
付添人情報	氏名	(フリガナ)	
	連絡先		
	住所		
	付添可能期間		
身元引受人情報	氏名	(フリガナ)	
	連絡先		
	住所		
	特記事項		

市担当連絡先	部署課	担当者氏名	電話	0568-22-1111
			FAX	0568-26-4611

様式第3号  
施設 ⇒ 市

報告書(日報)  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

報告日時  
年 月 日  
時 分

北名古屋市長あて

(発信者)

施設名		連絡先	
施設の種類		福祉避難所	
施設の状況	建物	異常有無	異常の状況
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	電気	異常有無	異常の状況
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	水道	異常有無	異常の状況
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	電話	異常有無	異常の状況
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
食糧	異常有無	異常の状況	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
資機材	異常有無	異常の状況	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
その他	異常有無	異常の状況	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
受入者数	人	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり	
新規受入者名			退所者名
連絡事項			

様式第4号  
施設 ⇒ 市

福祉避難所等の設置運営に要した経費に関する届出書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

施設名		
(1) 生活相談員等に要した人件費		円
(2) 入所者(要配慮者)に要した食費		円
(3) その他設置運営等に要した費用		円
(再計)	内訳	
		円
		円
		円
		円
		円
(1) + (2) + (3)		円

北名古屋市長 あて

上記のとおり届出します。

年 月 日

所在地

施設名

代表者名

印

様式第5号  
施設 ⇒ 市

要配慮者受入リスト  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

施設名 \_\_\_\_\_ (福祉避難所施設)

番号	氏名	生年月日 明・大 昭・平 令 年 月 日	年齢 歳	性別	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先				備考
		連絡先				
番号	氏名	生年月日 明・大 昭・平 令 年 月 日	年齢 歳	性別	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先				備考
		連絡先				
番号	氏名	生年月日 明・大 昭・平 令 年 月 日	年齢 歳	性別	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先				備考
		連絡先				
番号	氏名	生年月日 明・大 昭・平 令 年 月 日	年齢 歳	性別	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先				備考
		連絡先				

様式第6-1号  
施設 ⇒ 市

移送要請書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

(施設名)

様

北名古屋市長  
(避難所本部 避難所班長)

災害時における要配慮者等の移送を下記のとおり要請します。

記

要配慮者氏名			
施設の種類	福祉避難所		
身元引受人	氏名	続柄:	
	連絡先		
避難所名			
避難所所在地			
現場担当職員			
移送希望日	年 月 日	午前 午後	時 分





様式第7-2号  
施設 ⇒ 市

物資等避難所要望集計表(福祉避難所)  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

(市災害対策本部避難所班本部付) 様

(避難所運営本部長)

【集計日】  
年 月 日

整理番号	避難所要望情報										備考
	物資等配送要望票 整理番号 (様式7-2)	福祉避難所等の施設名	避難所からの 要望確認時刻	品目							
				単位	取扱※	単位	取扱※	単位	取扱※		

※取扱欄: ○要望可能、×却下、△その他

様式第7-3号  
施設 ⇒ 市

食糧・物資等受払簿  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

(市災害対策本部避難所班本部付) 様

【施設名又は学校名】

受け入れ			払い出し					在庫数	
月日	品目	数量	月日	/	/	/	/		/
/			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						

様式第8号

施設 ⇒ 市災害ボランティアセンター(社会福祉協議会)

年 月 日

福祉避難所等ボランティア依頼票  
市ボランティアセンターあて(FAX 0568-26-4100)

(市災害ボランティアセンター)

様

【施設名又は学校名】

【依頼日時】 年 月 日 ( ) 午前・午後 時

福祉避難所名		TEL:	
		FAX:	
施設所在地等	代表者名	緊急連絡先	
担当者		部署名	

※依頼内容は簡潔(箇条書き)にご記入ください。

<input type="checkbox"/> ボランティア	計	人	(内訳)	男性	人	・女性	人
〈依頼内容〉							
《期間》 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間 )							
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	計	人	(内訳)	男性	人	・女性	人
〈依頼内容〉							
《期間》 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間 )							
<input type="checkbox"/> 看護師	計	人	(内訳)	男性	人	・女性	人
〈依頼内容〉							
《期間》 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間 )							
<input type="checkbox"/> その他	計	人	(内訳)	男性	人	・女性	人
〈依頼内容〉							
《期間》 年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ( 日間 )							
依頼者による準備物	送迎(有・無)	昼食(有・無)	交通費(有・無)	その他			
ボランティアセンター回答期日		年 月 日まで					
特記事項							

様式第9号  
施設 ⇒ 市

福祉避難所等解消通知書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

年 月 日

(施設名)

様

北名古屋市長  
(避難所本部 避難所班長)

災害時における福祉避難所等の指定を下記のとおり解消します。

記

施設名	
施設の種類	福祉避難所
解消日	年 月 日
備考	

様式第10-1号  
施設 ⇒ 市

年 月 日

緊急入所利用者負担分の費用に関する申請書  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

北名古屋市長 様

所在地  
施設名  
代表者

印

緊急入所により入所した者の自己負担分の費用について、下記のとおり申請いたします。

記

高齢 介護サービス費、食費・居住費等

障がい 介護給付費等

※ いずれか該当するものに丸を付してください。

1 施設名

\_\_\_\_\_

2 金額

\_\_\_\_\_ 円

3 申請内容 別紙一覧表のとおり。

緊急入所利用者負担分の費用に関する利用状況一覧  
市担当先あて(FAX 0568-26-4100)

【施設名】

《記載例》	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
	北名古屋 太郎	西之保清水田15		S 20.4.10	要介護4	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	18,000 円	12,090 円	25,420 円	55,510 円		
1	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	円	円	円	円		
2	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	円	円	円	円		
3	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	円	円	円	円		
4	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	円	円	円	円		
5	利用者氏名	住所		生年月日	介護度	利用期間
						年 月 日 ~ 年 月 日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備考	
	円	円	円	円		

<添付資料>

※利用者負担分の根拠となる入所施設が発行した利用者ごとの明細書の写し

※食費・居住費に係る利用者ごとの「負担限度額認定書」の写し

※介護サービス費等の額の特例に係る利用者ごとの「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」の写し