

# 様式



(様式1-1)  
(提出不要)

施設安全点検用紙〈コンクリート造等〉

※必ず2人以上で点検すること。

※建物ごとにこの用紙を使用して点検を行うこと。

<b>【建物概要】</b> 所在地： _____ 建物名称： _____ 建物用途 _____ 管理者：氏名 _____ 建築年 _____
---

次の質問の該当するところに○を付けてください。
質問1. 建物周辺に地すべり、がけ崩れ、地割れ、噴砂（地盤の亀裂から砂を含んだ水が噴出している）、液状化などの異常が生じましたか？ A いいえ B 生じた C ひどく生じた
質問2. 建物が沈下していますか？あるいは、建物の周辺の地面が沈下しましたか？ A いいえ B 10 cm以上沈下している C 20 cm以上沈下している
質問3. 建物が傾斜しましたか？ A いいえ B 傾斜したような感じがする C 明らかに傾斜した
質問4. 床が壊れましたか？ A いいえ B 少し傾斜した、下がっている C 大きく傾斜した、下がっている
質問5. 柱が折れましたか？ A いいえ B コンクリートが剥がれている B 大きなひびが入っている B 中の鉄筋が見えている C 柱が潰れている
質問6. 内部の壁が壊れましたか？ A いいえ B コンクリートが剥がれている B 大きなひびが入っている B 中の鉄筋が見えている C 壁が崩れている
質問7. 外壁モルタル・モルタル・看板などが落下しましたか？ A いいえ B 落下しそう（何が _____） B 落下した（何が _____）（Cの回答はありません）
質問8. 天井、照明器具が落下しましたか？ A いいえ B 落下しそう（何が _____） B 落下した（何が _____）（Cの回答はありません）



## 施設安全点検用紙〈鉄骨造等〉

※必ず2人以上で点検すること。

※建物ごとにこの用紙を使用して点検を行うこと。

## 【建物概要】

所在地： \_\_\_\_\_

建物名称： \_\_\_\_\_ 建物用途 \_\_\_\_\_

管理者：氏名 \_\_\_\_\_ 建築年 \_\_\_\_\_

次の質問の該当するところに○を付けてください。

質問1. 建物周辺に地すべり、がけ崩れ、地割れ、噴砂（地盤の亀裂から砂を含んだ水が噴出している）、液状化などの異常が生じましたか？

A いいえ B 生じた C ひどく生じた

質問2. 建物が沈下していますか？あるいは、建物の周辺の地面が沈下しましたか？

A いいえ B 数cm程度と少ない C 10 cm以上沈下している

質問3. 建物が傾斜しましたか？

A 見た目では判らない B 見た目がかすかに傾斜している

C 見目で明らかに傾斜している

質問4. 建物の外壁が壊れましたか？

A 壁面にわずかな割れ目(以下「きれつ」と呼ぶ)が生じている。壊れていない場合も含む

B わずかな落下や目地(外壁のつなぎ目)の部分にずれが生じている

C 壊れて部分的あるいは大きく剥がれ落ちている。壁全体に「きれつ」が入っているか、落下しそうである。

C バルコニーや屋外広告物など高いところにある重量物がグラグラして落ちそうになっている。

質問5. 建物の内壁が壊れましたか？

A わずかに「きれつ」が生じている。壊れていない場合も含む

B わずかな落下が生じている

C 壁が部分的あるいは大きく剥がれ落ちている

質問6. 床が壊れましたか？

A いいえ

B 少し傾いている。下がっている。

C 大きく傾いている。下がっている。



## 開設準備チェックリスト

項目		チェック	備考
参集、 利用者の安全確保	開所時間外	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	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"/>
職員の安全確認	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"/>	
施設の安全点検	全ての建物について、施設安全点検用紙による点検が終了	<input type="checkbox"/>	
	窓ガラス等の落下物がないことの確認 (落下していた場合は、片付けが終わっている)	<input type="checkbox"/>	
	火災やガス漏れが発生していない。	<input type="checkbox"/>	
ライフラインの確認	電気の使用可否	可 否	
	電話・FAXの使用可否	可 否	
	放送設備の使用可否	可 否	
	水道の使用可否	可 否	
トイレの確認	トイレの水は流れるか(使用できない場合には、使い捨てトイレや簡易トイレを使用。)	<input type="checkbox"/>	
市・避難班への報告	次の項目(○)を報告		
	○施設名、責任者	<input type="checkbox"/>	
	○施設の状況	<input type="checkbox"/>	
	○本来業務継続の可否	可 否	
	○福祉避難所開設の可否	可 否	
	○受入可能人数	<input type="checkbox"/>	
開設準備	○必要な物資、人員等	<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"/>	
	施設の使用ルール等掲示物の貼付	<input type="checkbox"/>	
協力可能な提供物資 (※本来業務に支障のない範囲内とします)	開設準備完了を市・避難班へ報告	<input type="checkbox"/>	

## 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・入所者の状況

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

## 2 建物の被害状況 ライフラインについては、使用可否を記入。

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

電話番号		携帯電話番号	
FAX番号		e-mail	
その他			

## 4 本来業務継続の可否

本来業務継続の 可否	<input type="checkbox"/> 継続が可能 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 開設が可能 受入可能人数 人 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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、FAX等で提出してください。

## 開設要請（承諾）書

年 月 日

(小平市長) 又は (施設長)

様

(施設長) 又は (小平市長)

災対健康福祉部避難班長（高齢者支援課長）

災害時における福祉避難所の設置運営に関する協定書に基づき、福祉避難所等の入所等について下記のとおり要請（承諾）します。

## 記

開設期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ※開設の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
備 考	

小平市担当連絡先	課名：	担当者：	電話：
			FAX：

施設担当連絡先	役職等：	担当者：	電話：
			FAX：

## 要配慮者受入要請書

年 月 日

( 時 分)

施設長 様

市・健康福祉部避難班長

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に基づき、福祉避難所等への受入れについて下記のとおり要請します。

施設の種類	福祉避難所
備考	障害者福祉施設（入所・通所）・高齢者福祉施設（入所・通所）・その他

## 要配慮者等受入要請者名簿

要配慮者氏名	(フリカナ)	年齢：生年月日	年 月 日	歳	性別	
本人住所			本人等連絡先			
心身及び障がいの状況 (服薬、既往症等を記載する)						
要介護度又は障害等級・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			連絡先電話番号			
かかりつけ医所在地						
付添人情報	<付添人氏名> (フリガナ)			<付添人連絡先>		
	<付添人住所>					
	<いつまで付添が可能か>					
身元引受人情報	<引受人続柄・氏名> (フリガナ)			<引受人連絡先>		
	<引受人住所>					

避難班・担当連絡先	課名：	担当者：	電話：
			FAX：

## 移送要請書

(施設名) 様 年 月 日  
 小平市長  
 (災対健康福祉部避難班長)  
 (高齢者支援課長)

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。

要配慮者氏名	外 名
身元引受人	氏 名： 続柄：
	連絡先：
避 難 所 名	
避難所住所	
現場担当職員	TEL：
移送希望日時	年 月 日 午前 午後 時 分

年 月 日

## 移送記録簿

【施設名】

移送年月日	移送区間	距離	使用車両	移送者名 (要配慮者)
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
《 備 考 》				

施設 ⇒ 市・避難班

※氏名にはフリガナを必ずご記入ください、 (様式7)

※市・避難班あて (FAX:042- - )

年 月 日

### 要配慮者受入名簿

いずれかに○を付けてください。

( 福祉避難所 ・ 緊急入所施設 ・ その他 )

施設名 \_\_\_\_\_

番号	氏名	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先 〔住所〕			〔電話〕	備考
番号	氏名	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先 〔住所〕			〔電話〕	備考
番号	氏名	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先 〔住所〕			〔電話〕	備考
番号	氏名	生年月日 年 月 日	年齢 歳	性別 男・女	住所	電話
	入所日	心身の状況				
	退所日	転出先 〔住所〕			〔電話〕	備考

## 報告書(日報)

【報告日時】

年            月            日    (    )    午前・午後            時            分

(発信者)

<b>施設名・連絡先</b>			
<b>施設の種類</b>		<input type="checkbox"/> 福祉避難所	<input type="checkbox"/> 緊急入所施設
		<input type="checkbox"/> その他	
<b>施設 の 状 況</b>	建 物	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	電 気	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	水 道	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	電 話	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	食 料	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	資 機 材	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり
<b>受入者数</b>		名	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり <small>(※変更があった者の氏名を記入すること)</small>
<b>新規受入者名</b>		<b>退所者名</b>	
<b>連絡事項 (ボランティア等受入状況：受入期間、氏名、性別、業務内容等)</b>			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

施設 ⇒ 市・避難班
------------

小平市⇒小平市ボランティアセンター宛	FAX	-
	TEL	-

所長	係

受付職員

## 福祉避難所ボランティア依頼票

【依頼日時】                      年            月            日 (    )    午前・午後            時            分

福祉避難所名 (住所・代表者名) (〒            -            )	TEL	
	FAX	
担当者名	部署名	緊急連絡先

※依頼内容は簡潔に（箇条書き）記入して下さい。

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



食糧・物資等受払簿

【施設名】及び【受領者名】

【受領者】（依頼時の発信者と異なる場合に記入してください。）

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							

## 福祉避難所閉鎖通知書

年 月 日

(施設名)

様

小平市長  
(災対健康福祉部避難班長)  
(高齢者支援課長)

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	
解消日	年 月 日
備考	

## 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																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>円</td></tr> </tbody> </table>		項目	金額		円		円		円		円		円		円		円		円		円		円		
項目	金額																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
	円																								
(1) + (2) + (3)			円																						

## 添付資料

- ・(1)の場合は、算定根拠(人員区分、単価、勤務時間等)を明記した資料
  - ・(2)～(3)の場合は、金額の根拠及び数量となる資料
  - ・その他、市長が必要と認める資料
- 上記のとおり届出をします。

年 月 日

所在地

施設名

代表者名

印

小平市長 宛て

法人の所在地  
法人  
代表者名



# 請 求 書

「災害時における福祉避難所の設置運営に関する協定」に基づき、〇〇〇（高齢者施設等の名称）において〇〇年〇〇月〇〇日から〇〇年〇〇月〇〇日まで設置した福祉避難所の設置及び管理運営に関し、本法人が要した経費について、下記のとおり請求します。

なお、この請求に係る明細書は別添のとおりです。

記

請求額

円

### 【振込先口座】

銀行・信用金庫 労働金庫・農協		支店	普通								
		出張所	当座								
フリガナ											
口座名義											