

福祉避難所対象者調書

作成日 年 月 日

指定避難所名	TEL: FAX:	入所日: 年 月 日
--------	--------------	------------

指定避難所配備職員氏名:

TEL

保健師等氏名:

TEL

<基本事項>

本人	フリガナ		性別	生年月日(年齢)	
	氏名			年 月 日 ( 歳)	
	住所			連絡先	
付添人	フリガナ		性別	続柄	福祉避難所への移動手段
	氏名				あり ・ なし
	住所			連絡先	
付添必要	無 ・ 有 【 常時 ・ 随時 ( 食事 ・ 排泄 ・ その他( ) ) 】				

<配慮事項>

身体障がい者手帳	あり ・ なし	精神障がい手帳	あり ・ なし
療育手帳	あり ・ なし	要介護認定	あり ・ なし
その他要配慮事項	妊産婦 ・ 乳幼児 ・ その他( )		
	特記事項		

<日常生活の動作等>

項目	評価項目	備考
歩行	自立 ・ 要介助 ・ 不可	
使用装具等	杖 ・ 車いす ・ その他( )	
医療的措置	無 ・ 有 ( )	
トイレ	自立 ・ 要介助 ・ 不可	
	洋式 ・ ポータブルトイレ	
食事	自立 ・ 要介助 ・ 不可	
食品アレルギー	無 ・ 有 ( 品目: )	
食事形態	普通 ・ やわらかめ ・ その他( )	

その他配慮事項(気を配ってほしいところ)

福祉避難所への移動手段	無 ・ 有 ( )	移動予定日時	月 日 時頃
外部からの問合せ	公表してもよい ・ 公表してほしくない		(署名)

福祉避難所名:	TEL: FAX:	世帯No.	
---------	--------------	-------	--

施設 ⇒ 市福祉対策部・子ども未来対策部各班(各施設の所管担当課)  
 ※裏面「被災状況確認表」を活用して、福祉避難所の開設可否を検討してください。

### 福祉避難所開設等報告書

施設名		電話番号	
住所		F A X	

#### (1) 福祉避難所開設の可否について

No.	項目	報告内容		備考
1	開設の可否	可	不可	
2	運営への協力	可	不可	協力可能職員数 人
3	生活相談員としての協力(※1)	可	不可	協力可能職員数 人(職種: )
4	受入可能人数		人	※付添人含む
5	移送の協力	可	不可	
6	連絡調整担当職員	氏名:		

※生活相談員：福祉避難所の避難者に対して、避難生活上の相談業務のほか、関係機関との連絡調整業務等を行います。(必ずしも常駐の必要はありません)

#### (2) 開設準備チェック一覧表

No.	項目	施設で確保・準備できるスペースや資器材等に☑をしてください			
1	受入場所の確保	<input type="checkbox"/>	利用可能場所	階(名称: )	
			利用可能場所	階(名称: )	
2	トイレの確保	<input type="checkbox"/>	使用可能場所	階(障がい者用トイレ・オストメイト)	
			使用可能場所	階(障がい者用トイレ・オストメイト)	
3	ライフライン	<input type="checkbox"/> 電気	<input type="checkbox"/> 水道	<input type="checkbox"/> ガス	<input type="checkbox"/> 下水道
4	通信手段	<input type="checkbox"/> 電話	<input type="checkbox"/> 携帯電話	<input type="checkbox"/> F A X	<input type="checkbox"/> メール
5	施設で備えている物資・器材等	<input type="checkbox"/> 毛布	<input type="checkbox"/> 布団	<input type="checkbox"/> 折りたたみベッド	<input type="checkbox"/> 紙おむつ
		<input type="checkbox"/> 簡易洋式トイレ	<input type="checkbox"/> 仮設スロープ	<input type="checkbox"/> ストーマ用装具	
		<input type="checkbox"/> 食事の提供	<input type="checkbox"/> 飲料水	<input type="checkbox"/> 医薬品	
		<input type="checkbox"/> その他( )			
6	その他特記事項				

## 被災状況確認表

施設名	確認日	確認者
	年 月 日 時 分	

## 1 利用者、施設職員の状況

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)
施設職員	人	責任者氏名	
		連絡担当者	
		(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、○か×を記入

建物の被害状況	被害なし	・ 全壊	・ 半壊	・ 危険な状態
ライフライン	電気	水道	ガス	下水道

## 3 通信手段の状況 ※○か×を記入

通信手段	電話	携帯電話	F A X	メール
------	----	------	-------	-----

## 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		

## 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 (付添人含む)
	<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 (付添人含む)
	<input type="checkbox"/> 開設不可能 (理由)
備 考	

## 6 福祉避難所開設に必要な人員、物資

必要な人員	人	想定している業務 ( )		
必要な物資	物資名	数量	物資名	数量

## 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)
-------------------	--------------------

(開設要請)

要配慮者支援班⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒福祉避難所

(開設承諾)

福祉避難所⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒要配慮者支援班

(様式4号)

## 開設要請(承諾)書

年 月 日

(施設名)

\_\_\_\_\_ 施設長 殿

宮崎市長

災害時における福祉避難所等の開設について、下記のとおり要請します。

### 記

開設期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) ※開設期間は原則7日間としますが、開設の延長が必要な場合は、協議のうえ、延長を行います
備考	

年 月 日

宮崎市長 様

上記の開設要請について、承諾します。

(施設名) \_\_\_\_\_

(管理者) \_\_\_\_\_

(受入要請)

要配慮者支援班⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒福祉避難所

(受入承諾)

福祉避難所⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒要配慮者支援班

(様式5号)

## 要配慮者受入要請（承諾）書

年 月 日

(施設名)

\_\_\_\_\_ 施設長 殿

宮崎市長

災害時における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。

### 記

#### 要配慮者等受入要請者

No.	要配慮者氏名	年齢	性別	付添人氏名	本人との続柄

年 月 日

宮崎市長 様

上記の受入要請者について、受入を承諾します。

(施設名) \_\_\_\_\_

(管理者) \_\_\_\_\_

(移送要請)

要配慮者支援班⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒福祉避難所

(移送承諾)

福祉避難所⇒福祉対策部各班(施設所管担当課)⇒要配慮者支援班

(様式6号)

## 移送要請(承諾)書

年 月 日

(施設名)

\_\_\_\_\_ 施設長 殿

宮崎市長

災害時における要配慮者等の移送を下記のとおり要請します。

### 記

要配慮者氏名	
付添人氏名 (緊急連絡先)	(付添人がいない場合は、緊急連絡先を記入)
避難所名	
避難所住所	
避難所担当職員	
移送希望日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
備考	(移送時の留意点など)

年 月 日

宮崎市長 様

上記の要配慮者等について、移送を承諾します。

(施設名) \_\_\_\_\_

(管理者) \_\_\_\_\_

**福祉避難所⇒要配慮者支援班**

↑日報、食料依頼(処理)表とあわせて 18:00 までに提出してください。FAX:20-3215(福祉総務課内)

(様式7号)

**避難者名簿 (兼受入状況報告書)**

取扱注意 (個人情報含む)

【施設名 :                                】  
 【担当者 :                                】

\_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日 現在の状況は下記のとおりです。

	フリガナ	性別	年齢	受入前 避難所	受入月日 時 間	受入場所	本人の状況	付添人	対応状況	退所月日
	氏 名									時 間
1					月 日 :					月 日 :
2					月 日 :					月 日 :
3					月 日 :					月 日 :
4					月 日 :					月 日 :
5					月 日 :					月 日 :
備考										

## 確認シート

※太枠内をわかる範囲でご記入ください。記入後は施設職員・福祉避難所配備職員にご提出ください。

フリガナ	
対象者氏名	
フリガナ	
付添人氏名	
健康状態	良 ・ 不良 ( )
持ってきたもの	
必要だけど持ってこれなかったもの	
避難生活で心配なこと	
今後の意向	<input type="checkbox"/> 自宅へ戻る <input type="checkbox"/> 仮設住宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 未定

※施設職員・福祉避難所配備職員記入

施設名	
担当者	
受領日時	月 日 :



## ニーズ調査表（物資）

福祉避難所名		対象者氏名		世帯No.	
--------	--	-------	--	-------	--

<必要物資について> ⇒福祉避難所ごとに、「(様式11号)物資依頼(処理)表」に取りまとめ、要配慮者支援班に依頼。

No.	物資等品目	サイズ等 (注1)	数量	優先度	避難所配布 (注2)	物資依頼日	本人配布日
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

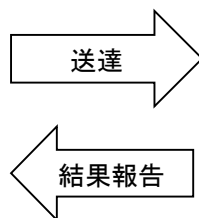
(注1) 性別は「サイズ等」の欄に記入してください。

(注2) 必要物資のうち、福祉避難所の備蓄品から配布できる場合に「○」をつける。「(様式12号)物資等受払簿」にて在庫を管理してください。

## ニーズ調査表（相談調整シート）

福祉避難所名		対象者氏名		世帯No.	
--------	--	-------	--	-------	--

福祉避難所	
連絡先：	F A X：
担当者名	
送達日時	月 日 :



要配慮者支援班	
連絡先：21-1754	F A X：20-3215
受領者名	
受領日時	月 日 :

&lt;その他ニーズについて&gt;

※要配慮者支援班記入

相談内容	福祉避難所 対応	調整 依頼日	調整先	調整結果	調整結果 報告日(注1)	完了日 (注2)
	可・不可	/			/	/
	可・不可	/			/	/
	可・不可	/			/	/
	可・不可	/			/	/
	可・不可	/			/	/

(注1) 要配慮者支援班から、福祉避難所配備職員または協定施設管理者へ報告した日付をご記入ください。

(注2) 福祉避難所配備職員または協定施設管理者から、対象者本人へ報告した日付をご記入ください。

## ニーズ調査表

福祉避難所名		対象者氏名		世帯No. (注1)	
--------	--	-------	--	---------------	--

聞き取り日		聞き取り者氏名		生活相談員・ 施設職員・配備職員
-------	--	---------	--	---------------------

(注1) 「(様式1号) 福祉避難所対象者調書」の世帯No.を記載

### <健康状態等について>

かかりつけ 医療機関				
主な疾病・障がい等				
服薬中の薬	不明 ・ 無 ・ 有 ( 持参無 ・ 持参有 )	お薬手帳	無 ・ 有	
利用している サービス等				
その他				

<食事について> ⇒福祉避難所ごとに、「(様式10号) 食料依頼(処理)表」に取りまとめ、要配慮者支援班へ依頼。

食事形態	普通 ・ やわらかめ ・ その他 ( )
アレルギー	無 ・ 有 (アレルギー品目: )
その他配慮事項	

※原則、翌日分からの提供

メモ欄

福祉避難所⇒宮崎市(要配慮者支援班)⇒本部対策室

↑「(様式9号)ニーズ調査表」をもとに福祉避難所ごとにとりまとめ、日報、避難者名簿とあわせて  
18:00までに提出してください。FAX:20-3215(福祉総務課内)

## 食料依頼(処理)表

福祉 避難所	発信時刻		月	日	午前・午後	時	分	
	施設名	施設名 (住所)						
		担当者(問い合わせ先) 氏名			FAX: 電話:			
	依頼	_____月 _____日 _____分 _____食 _____うち ※付添人を含む		やわらかい食料 _____食 アレルギー対応食 _____食				
その他の依頼内容								
要 配 慮 者 支 援 班	受領者名		本部食料担当 受信票受取者名					
	処理時刻						処理担当者	
	処理時刻		月	日	午前・午後	時	分	
	処理結果・内容		_____月 _____日 _____分 _____食 _____うち ※付添人を含む やわらかい食料 _____食 アレルギー対応食 _____食 (※ 朝 _____食、昼 _____食、夜 _____食)					
	発注業者		TEL FAX					
	配送業者		TEL FAX					
到着確認時間						処理担当者		
到着確認時間		月	日	午前・午後	時	分		

※FAXで依頼を行うことを原則とし、FAXでの依頼を行うことができない場合は、必ず控えを残す。

※食料の依頼は原則、翌日に必要な数量を依頼する。

※福祉避難所配備職員、協定施設管理者は、受領時にその旨を要配慮者支援班へ連絡する。

※要配慮者支援班は福祉避難所が受領を完了した件を災害対策本部に連絡する。

※災害対策本部の担当者は、受領確認時に「食料処理台帳」に記入する。

**福祉避難所⇒宮崎市(要配慮者支援班)**

↑「(様式9-1号)ニーズ調査表(物資)」をもとに、福祉避難所ごとにとりまとめ、  
日報、避難者名簿とあわせて18:00までに提出してください。FAX:20-3215(福祉総務課内)

(様式11号)

**物資依頼(処理)表**

施設名	
担当者	
連絡先	
依頼日	



要配慮者支援班	
担当者	
連絡先	
受領日	

※要配慮者支援班記入

No.	物資等品目	サイズなど	数量	優先度	手配結果	配送日時	受領日
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

※手配結果 ○⇒調達可、×⇒調達不可、△⇒その他(時間がかかる等)

No. \_\_\_\_\_

食料・物資等受払簿

(施設名) \_\_\_\_\_

品 目							・物品ごとに受払簿を作成してください。 ・上記No.に1から通し番号を記入してください。	
年 月 日	受入先	払出先	受	払	残	記入者	備考(注1)	
福祉避難所閉鎖日(注2)		受入数	払出数		残 数			
.....月.....日現在における 数量の合計								

※この用紙は、食料・物資等の受入れがあった場合に記入し、福祉避難所で保管してください。

※裏面に領収書のコピーを貼付してください。

(注1) 代金の決済が必要な場合は、備考欄のところに「支払伝票のNo.」をご記入ください。

(注2) 福祉避難所閉鎖日にトータルの数量をご記入ください。

### 派遣職員依頼(処理)表

福祉避難所⇒要配慮者支援班

発信日時	月 日 時 分
避難所名	
避難所住所	
依頼者	TEL FAX
<b>依 頼 内 容</b>	
職員関係	(業務の内容を具体的に記入)  ( 名) 派遣希望
ボランティア関係	(業務の内容を具体的に記入)  ( 名) 派遣希望

要配慮者支援班⇒本部対策室

要配慮者支援班	受領日		担当者	
	依頼日		担当者	

本部対策室⇒要配慮者支援班

発信日時	月 日 時 分
本部受信者名	TEL FAX
<b>処 理 内 容</b>	
職員関係	( 名) 派遣可能
ボランティア関係	( 名) 派遣可能

**福祉避難所⇒宮崎市(要配慮者支援班)**

↑ 避難者名簿、食料依頼(処理)表とあわせて 18:00 までに提出してください。FAX:20-3215(福祉総務課内)

(様式 14 号)

**福祉避難所報告書 (日報)**

年 月 日の状況について報告します。(報告時点: 月 日 時)

送信先  宮崎市福祉対策部要配慮者支援班 宛 F A X : 20-3215 (福祉総務課内)	送信元 (報告者) 施設名 : 担当者 : TEL : FAX :		
避 難 者	現在数 (A)	前日数 (B)	差引 (A - B)
要配慮者	人	人	人
付添人	人	人	人
避難者合計	人	人	人
生活相談員訪問状況	生活相談員名 ( ) 訪問時間 ( 時 分 ~ 時 分)		
連絡事項 (対応状況など)			
対処すべき、又は予見される事項 (避難者の健康状態、避難所の生活環境、雰囲気など)			



要配慮者支援班⇒福祉対策部・子ども未来対策部各班⇒福祉避難所

## 福祉避難所閉鎖通知書

年 月 日

(施設名)

施設長 殿

宮崎市長

災害時における福祉避難所を下記のとおり閉鎖します。

記

施設名	
閉鎖日	年 月 日
備考	

年 月 日

**消耗品等費用請求一覧**  
(施設が緊急で対応した分)

(請求先)

宮崎市長 様

(施設名)

\_\_\_\_\_  
(代表者名・施設管理者名)

番号	品名	使用量		価格(分かる範囲で記入)		使用年月日		供与世帯No.
		単位	数量	単価	価格	月	日	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

- ※ 物資・消耗品等は、市より搬入しますが、緊急的に施設で対応した場合の請求です(食事の提供も含まれます)。
- ※ 食事の提供については、品名欄に「食事提供」(時間帯別に)、使用量の単位は「食」でご記入ください。
- ※ 日常生活に最低限必要とするものを想定しておりますが、その他については、利用形態等の特殊性を考慮し、宮崎市と施設等が協議をし、認めたものとします。
- ※ 供与世帯No.には、様式1の世帯No.等をご記入ください。(記入例:「No.1」「No.2以外」「全世帯」等)
- ※ 供与した消耗品の領収書がある場合、裏面に添付してください。

年 月 日

### 福祉避難所の運営費請求書

宮崎市長 様

所在地

名称

代表者職氏名

請求金額 \_\_\_\_\_ 円

福祉避難所の設置場所	
請求対象期間	年 月 日 から 年 月 日

請求項目		請求内訳	
人件費	日勤	円 ×	日・時間 = 円…①
	夜勤	円 ×	日・時間 = 円…②
	宿直	円 ×	回 = 円…③
	小計		①+②+③= 円
食費	朝食	円 ×	食 = 円…④
	昼食	円 ×	食 = 円…⑤
	夕食	円 ×	食 = 円…⑥
	小計		④+⑤+⑥= 円
物資・器材等			円

※人件に係る勤務実態が分かる資料を添付してください。(食費・物資分は、様式12に添付)

振込先	金融機関名	支店名
	口座種別 当座・普通	口座番号
	口座名義人	