

被災施設用

平成 年 月 日

施設種別

施設名

代表者

住所

## 実績報告書

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書5条の規定により、次のとおり実績を報告します。

記

## 1 提供を受けた支援の内容及び期間（該当項目にレ点を記入）

区分	具体的な内容	支援を受けた期間	支援（受入）施設の名称
<input type="checkbox"/> 生活物資等の提供			
<input type="checkbox"/> 支援職員の派遣		年 月 日～年 月 日	
<input type="checkbox"/> 利用者（児）の受入れ		年 月 日～年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他			

※支援を受けた施設が複数ある場合は、全て記入すること

## 2 その他

[ ]

記入者職・氏名  
連絡先

※上記に記入できない場合は、別紙（任意様式）を添付してください。

受入施設用

平成 年 月 日

施設種別

施設名

代表者

住所

## 実績報告書

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書5条の規定により、次のとおり実績を報告します。

記

## 1 提供を受けた支援の内容及び期間（該当項目にレ点を記入）

区分	具体的な内容	支援を受けた期間	支援施設の名称
<input type="checkbox"/> 生活物資等の提供			
<input type="checkbox"/> 支援職員の派遣		年 月 日～年 月 日	
<input type="checkbox"/> その他			

※支援を受けた施設が複数ある場合は、全て記入すること

## 2 その他

記入者職・氏名
連絡先

※上記に記入できない場合は、別紙（任意様式）を添付してください。

北海道知事 様

(様式 4-1)

入所施設用

平成 年 月 日

北海道知事 様

施設種別

住所 〒

施設名

管理者職・氏名

法人(設置者)名

## 報告書(案)

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書第9条第1項の規定により、次のとおり報告します。

記

## 1 支援の内容(該当項目にレ点を記入)

受入可能(予定)な人数	人
派遣可能な職員の状況	<input type="checkbox"/> 派遣できる → ※ ( ) 人 <input type="checkbox"/> 派遣できない
提供可能な物資等の種類	<input type="checkbox"/> 提供できる <input type="checkbox"/> 提供できない <input type="checkbox"/> 医薬品 <input type="checkbox"/> 衛生用品 <input type="checkbox"/> 食料 <input type="checkbox"/> 飲料 <input type="checkbox"/> その他 ( )

※派遣できる人数欄は、記載が可能な場合に記載してください。

## 2 車両の保有状況(該当項目にレ点を記入)

車両の保有状況	<input type="checkbox"/> 一般車両 ( ) 台 合計乗車可能人数 ( ) 人
	<input type="checkbox"/> 福祉車両 ( ) 台 <input type="checkbox"/> 車椅子 ※ ( ) 台 <input type="checkbox"/> ストレッチャー ※ ( ) 台 <input type="checkbox"/> 車椅子・ストレッチャー利用者を除く乗車可能人数 ( ) 人

※車椅子やストレッチャーを搭載でき、車内レイアウトの変更が可能な車両については、ストレッチャーを使用した際の台数を優先して記載してください。

## 3 施設間避難協定の締結状況(該当項目にレ点を記入)

施設間避難協定締結の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
※有の場合は、協定を締結している施設名	

## 4 福祉避難所の指定状況(該当項目にレ点を記入)

福祉避難所の指定の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
-------------	---

## 5 緊急連絡先等(該当項目にレ点を記入)

事業所番号	※1	事業所 e-mail	
事業所 TEL		事業所 FAX	
利用定員	利用定員 人	短期利用定員	人
主たる対象者	※2 <input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者
災害時に通じる衛星電話・無線電話	<input type="checkbox"/> 有 → (TEL ( ) )	<input type="checkbox"/> 無	
緊急時の連絡者の職・氏名	職 :	氏名 :	
緊急時の連絡者の連絡先(携帯等)	TEL :	e-mail :	
緊急時連絡網への携帯番号の掲載の同意	<input type="checkbox"/> 同意します	<input type="checkbox"/> 同意しません	
施設関係団体への加入の有無	<input type="checkbox"/> 有 → (団体名 ( ) )	<input type="checkbox"/> 無	

※1 介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法の指定等を受けている施設等は記載してください。

※2 障害者支援施設のみ記載してください。

記入者職・氏名	
連絡先	

(様式 4-2)

居住系事業所用

平成 年 月 日

北海道知事 様

施設種別

住所 〒

施設名

管理者職・氏名

法人(設置者)名

## 報告書(案)

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書第9条第1項の規定により、次のとおり報告します。

## 記

## ○ 緊急連絡先等(該当項目にレ点を記入)

事業所番号	※1	事業所 e-mail	
事業所 TEL		事業所 FAX	
利用定員	利用定員 人		
主たる対象者	※2 <input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 知的障害者	<input type="checkbox"/> 精神障害者
災害時に通じる衛星電話・無線電話	<input type="checkbox"/> 有→(TEL ) <input type="checkbox"/> 無		
緊急時の連絡者の職・氏名	職:	氏名:	
緊急時の連絡者の連絡先(携帯等)	TEL:	e-mail:	
緊急時連絡網への携帯番号の掲載の同意	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません		
施設関係団体への加入の有無	<input type="checkbox"/> 有→(団体名 ) <input type="checkbox"/> 無		

※1 介護保険法、障害者総合支援法の指定等を受けている施設等は記載してください。

※2 障害者関連施設のみ記載してください。

記入者職・氏名	
連絡先	

## 災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書細目記入要領

○災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書細目第6条の規定に基づく様式4-1及び様式4-2の記入については、次のとおりお願いします。

### 1 施設種別、住所、施設名、管理者職・氏名、法人（設置者）名【共通】

施設の種別、住所（郵便番号を含む）、施設名、管理者職・氏名、法人（設置者）名を、それぞれ記載してください。

(1) 施設種別欄は、次の中から該当する施設種別を選択して記載してください。

救護施設、老人保健施設、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、障害者支援施設、障害児入所施設、共同生活援助、乳児院、母子生活支援施設、児童養護施設、児童自立支援施設、情報障害児短期治療施設

(2) 管理者職・氏名欄は、事業所の長（施設長、所長等）の職名と氏名を記載してください。

(3) 法人（設置者）名欄は、法人名や会社名等を記載してください。

### 2 支援の内容【様式4-1】

災害時に、被災施設から支援要請があった際、貴施設で被災施設の入所者を受け入れることが可能な人数、被災施設に貴施設職員を派遣出来るか否か、被災施設に物資を提供出来るか否かについて、記載してください。

(1) 受入可能（予定）な人数欄には、同種の施設入所者を一定期間※受け入れることができる人数を記載してください（実際に受入要請を行う必要性が生じた場合は、その段階で受入施設に、あらかじめ受入が可能かの確認を行いますので、現時点で記載できる内容を、可能な限り記載してください）。

※災害の規模によっても異なりますが、原則、被災した施設が復旧し、入所者が自身の施設へ戻れるまでの期間

(2) 派遣可能な職員の状況欄には、貴施設職員の現状を踏まえた上で、「派遣できる」のか、「派遣できない」のかを回答の上で、「派遣できる」と回答した場合は、可能であれば（ ）内に人数を記載してください（実際に派遣要請を行う必要性が生じた場合は、その段階で各施設に、あらかじめ職員の派遣が可能かの確認を行いますので、現時点で記載できる内容を、可能な限り記載してください）。

### 3 車の保有状況【様式4-1】

貴施設の保有している車両について、記載してください。

(1) 一般車両を保有している場合は、（ ）内に台数を記載してください。また、合計乗車可能人数欄には、運転する方を含めた乗車可能人数を記載してください。

(2) 福祉車両を保有している場合は、（ ）内に台数を記載してください。

当該車両に、車椅子やストレッチャーを搭載できる場合は、その台数を記載した上で、運転する方を含めた乗車可能人数を記載してください（車椅子やストレッチャーに乗っている方の人数は、乗車可能人数に含めません）。

なお、車椅子やストレッチャーを搭載でき、車内レイアウトの変更が可能な車両については、ストレッチャーを使用した際の台数を優先して記載してください。

#### 4 施設間避難協定の締結状況【様式 4-1】

災害時に、利用者の避難が迅速かつ安全に行えるよう、あらかじめ同種又は類似の施設と相互の避難と受入れに関する協定を締結しておく「施設間避難協定」について、貴施設の協定締結状況（協定締結の有無）を記載してください。

また、協定を締結している場合は、締結先の施設名を記載してください（様式の欄が不足する場合は、別紙に記載の上、提出願います）。

#### 5 福祉避難所の指定状況【様式 4-1】

一般の避難所での生活が困難と考えられる方を支援するため、市区町村が区域内の介護施設等をあらかじめ指定することとしている「福祉避難所」について、貴施設の指定状況（指定の有無）を記載してください。

#### 6 緊急連絡先等【共通】

事業所番号（介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法の指定を受けている施設等は、番号を記載してください）、事業所 e-mail、事業所 Tel、事業所 Fax、利用定員、短期利用定員、主たる対象者（障害者支援施設・事業所のみ記載してください。複数選択可）、災害時に通じる衛生電話・無線電話の有無（有の場合は、電話番号を記載してください）、緊急時の連絡者の職・氏名、緊急時の連絡者の連絡先（災害時は、施設の固定電話が不通になる場合が想定されるため、可能な限り緊急時の連絡者の携帯電話番号を記載してください）、緊急時連絡網への連絡先（携帯等）の掲載の同意の有無（連絡網は、道、施設関係団体の事務局のみに配布することを前提に同意の有無を記載してください）、施設加入団体への加入の有無を、それぞれ記載してください。

#### 7 記入者職・氏名、連絡先【共通】

本書を記入された方の職・氏名、連絡先（職場の電話番号）を記載してください。