

FAX 送付先 0554-46-5119 (いきいきプラザ都留 行)

【介護保険サービス事業所・障害福祉事業所・認定子ども園・保育園・幼稚園 報告様式】

※FAX 利用ができない場合、様式に基づいて電話にてご報告ください。(TEL 0554-46-5111)

## 災 害 状 況 報 告 書

報告日時	年 月 日 午前・午後	時 分	現在
施設名	住所		
記載者	連絡先	TEL:	E-mail:

発生	日 時	年 月 日 午前・午後	時 分		
	場 所				
人的被害	利用者 (入所者)	全数___人	(内訳) 死者___人 負傷者___人 行方不明者___人 無事___人		
	事業所職員	全数___人	(内訳) 死者___人 負傷者___人 行方不明者___人 無事___人		
	その他	全数___人	(内訳) 死者___人 負傷者___人 行方不明者___人 無事___人		
施設の被害	物的被害	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部破損 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 床下浸水			
	火災被害	<input type="checkbox"/> 全焼 <input type="checkbox"/> 半焼 <input type="checkbox"/> 部分焼			
	ライフライン等の被害	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 電気 復旧の目途: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 水道 復旧の目途: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> ガス 復旧の目途: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 電話 復旧の目途: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
	状 況	<input type="checkbox"/> 営業中(開園) <input type="checkbox"/> 休業(休園) ※チェック欄は報告時点の状況、今後の予定は下欄に記入			
利用者以外の避難	避難者数	___人受入れ中			
	状 況				
	要配慮者等の受入れ	___人受入れ可能 (受け入れ条件: )			
その他	※その他の被害状況や、支援要請事項などあれば記入してください				