

別冊 2 様式集

様式 1	一般避難所	要配慮者カード(一般・福祉避難所⇔要配慮者支援班)・・・P 1
様式 2-1	福祉避難所	開設要請書(要配慮者支援班→福祉避難所)・・・P 2
様式 2-2	福祉避難所	開設チェックリスト(福祉避難所→要配慮者支援班)・・・P 3
様式 3	福祉避難所	その他(移送等)依頼票(福祉避難所→要配慮者支援班)・P 4
様式 4-1	福祉避難所	避難者カード・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 5
様式 4-2	福祉避難所	相談・健康調査連目簿・・・・・・・・・・P 6
様式 4-3	福祉避難所	個別相談票・・・・・・・・・・・・・・・・・・P 7
様式 5	福祉避難所	避難状況報告書(福祉避難所→要配慮者支援班)・・・P 8
様式 6	福祉避難所	食料・飲料水供給依頼票(福祉避難所→要配慮者支援班)・P 9
様式 7	福祉避難所	食料・物資等受払簿(福祉避難所)・・・・・・・・P10
様式 8-1	福祉避難所	物資・機器類等供給依頼票(福祉避難所→要配慮者支援班)P11
様式 8-2	福祉避難所	福祉機器類等供給要請書(要配慮者支援班→要請先)・・・P12
様式 9-1	福祉避難所	人的支援依頼票(福祉避難所→要配慮者支援班)・・・P13
様式 9-2	福祉避難所	人的支援要請書(要配慮者支援班→各支援要請先)・・・P14
様式 10	福祉避難所	事務引継書(福祉避難所)・・・・・・・・・・P15
様式 11-1	福祉避難所	設置・運営に要した費用に関する届出書・・・・・・・・P16
様式 11-2	福祉避難所	福祉機器類の供給に要した費用に関する届出書・・・・・・・・P17
様式 11-3	福祉避難所	人的支援に要した費用に関する届出書・・・・・・・・P18

一般避難所（保管）⇔ 要配慮者支援班（保管）
 福祉避難所（保管）⇔ 要配慮者支援班（保管）

（様式1）

指定一般避難所 要配慮者カード

【指定避難所名】

【入所年月日】

令和 _____ 月 _____ 日 (_____)

要配慮者氏名		電話等連絡先	
住所			
年齢	性別		
氏名（※避難した方のみ記入してください。）		年齢	性別
家族			備考
親族などの連絡先	氏名	電話等連絡先	
	住所		
	氏名	電話等連絡先	
	住所		
特別な配慮を必要とすることがある場合、記入してください。（人工透析などの特殊な治療、薬の服用、アレルギーなど。）			

家屋の状況	全壊	半壊	一部損壊
		断水	停電
			電話不通
	（その他： _____）		
他から問い合わせがあった場合、氏名及び住所などを公表してもよいですか？			はい いいえ
退所年月日	令和 _____ 月 _____ 日 (_____)		
転出先住所			
電話等連絡先			
備考			

福祉避難所 開設要請書

「災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協定書」第3条の規定に基づき、福祉避難所の開設について、下記のとおり要請します。

記

*避難者ごとの詳細は様式1のとおり

開設期間	令和 年 月 日 () から			
	令和 年 月 日 () まで			
開設施設				
要配慮者	受入要請人数 (氏名)	ほか【男性 名 女性 名 合計 名】		
	住所	ほか		
	年齢	・幼児 名 ・50～64歳 名	・10～20歳代 名 ・65歳以上 名	・30～40歳代 名
	特別な配慮を必要とする方の状況			
	医療情報等			
家族等	氏名	ほか	電話等連絡先	ほか
	住所	ほか		
その他				

連絡先	福祉部 要配慮者支援班 担当者:	電話:
-----	------------------	-----

※ 開設要請を受けた施設は、福祉避難所開設チェックリスト(様式2-2)により、状況を確認してください。

福祉避難所 開設チェックリスト

【福祉避難所名】

【確認日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

チェック項目	チェック内容等	確認
施設の安全確認	① 建物が傾斜していないか。	<input type="checkbox"/>
	② 隣接する建物に倒壊の恐れはないか。	<input type="checkbox"/>
	③ 建物周辺に土砂崩れ、またはその恐れはないか。	<input type="checkbox"/>
	④ 建物周辺に地盤沈下、亀裂等は生じていないか。	<input type="checkbox"/>
	⑤ 建物に大きなひび割れ、はく離等はないか。	<input type="checkbox"/>
	⑥ 火事は発生していないか。	<input type="checkbox"/>
	⑦ ガス漏れはないか。	<input type="checkbox"/>
	⑧ 窓ガラス、または照明器具等の落下物はないか。	<input type="checkbox"/>
ライフライン等の確認	① 電気は使用できるか。	<input type="checkbox"/>
	② 水道は使用できるか。	<input type="checkbox"/>
	③ ガスは使用できるか。	<input type="checkbox"/>
	④ 電話・FAXは使用できるか。	<input type="checkbox"/>
	⑤ トイレは使用できるか。	<input type="checkbox"/>
受入スペースの確認	① 安全な部屋、またはスペースは確保できるか。	<input type="checkbox"/>

福祉避難所 その他(移送等)依頼票

【福祉避難所名】

TEL:

FAX:

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名			
依 頼 内 容		受 領 (入 所) 日 時	
		月 日 () 午前・午後 時 分	
		月 日 () 午前・午後 時 分	
特 記 事 項			

※要配慮者支援班使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名			
手 配 内 容		手 配 日 時	
		月 日 () 午前・午後 時 分	
		月 日 () 午前・午後 時 分	
特 記 事 項			

福祉避難所 避難者カード

* 避難者ごとに相談・健康調査連名簿及び個別相談票を作成のこと

【福祉避難所名】

【入所年月日】

令和 月 日 ()

避難者氏名				電話等連絡先		
住所						
年齢		性別				
氏名（※避難した方のみ記入してください。）			年齢	性別	備考	
家 族						
親 族 な ど の 連 絡 先	氏名			電話等連絡先		
	住所					
	氏名			電話等連絡先		
	住所					
特別な配慮を必要とすることがある場合、記入してください。（人工透析などの特殊な治療、薬の服用、アレルギーなど。）						

家屋の状況	全壊	半壊	一部損壊	断水	停電	電話不通
	(その他:)	
他から問い合わせがあった場合、氏名及び住所などを公表してもよいですか？				はい	いいえ	
退所年月日	令和	月	日	()		
転出先住所						
電話等連絡先						
備考						

福祉避難所 相談・健康調査連名簿

(該当するものに○、必要に応じて別紙の個別相談票を作成)

【日時】		【福祉避難所名】											【対応者】							
No.	氏名	年齢	性別	高齢者 65歳以上	妊婦 (週数)	乳児 産婦	障がい者 身体障害 知的障害 精神障害 発達障害	配慮事項 在宅酸素 人工透析 嚥下困難	服薬 内容	症状・訴え						バイタルサイン		普段の利用施設 (あれば記入)	その他	対応
										腹痛・下痢	嘔吐	発熱	咳	食欲不振	頭痛	不眠・不安	血圧			
1								内容						/	℃				終了 要継続支援 要医療 個別票作成	
2								内容						/	℃				終了 要継続支援 要医療 個別票作成	
3								内容						/	℃				終了 要継続支援 要医療 個別票作成	
4								内容						/	℃				終了 要継続支援 要医療 個別票作成	
5								内容						/	℃				終了 要継続支援 要医療 個別票作成	

福祉避難所 個別相談票

【日時】 令和 年 月 日		【避難所名】				【面談担当者】			
基本情報	【氏名(フリガナ)】 ()歳		【性別】 男・女	【生年月日】 年 月 日		【家族の状況】 <input type="checkbox"/> 同居 (本人含め 人) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ世帯 <input type="checkbox"/> その他		【制度の利用状況】 <input type="checkbox"/> 介護保険 (要支援) (要介護) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (級) <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳(級) <input type="checkbox"/> その他 ()	
	【把握の契機】(相談者がいる場合、本人との関係、連絡先) 相談者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()								
	現住所				連絡先				
【被災状況】 自宅状況: <input type="checkbox"/> (全壊・半壊・床上浸水・床下浸水) <input type="checkbox"/> ライフライン不通 <input type="checkbox"/> その他()									
身体的・精神的な状況	【現在治療中の病気】 ・高血圧・脳血管疾患 ・糖尿病・心疾患 ・肝疾患・腎臓病 ・精神疾患・結核・難病 ・喘息・ ・薬、食物アレルギー その他 ()		【既往歴】 ・高血圧・脳血管疾患 ・糖尿病・心疾患 ・肝疾患・腎臓病 ・精神疾患・結核・難病 ・喘息・ ・薬、食物アレルギー その他 ()		【服薬・医療処置】 <医療機関名> <内服薬名> <input type="checkbox"/> 在庫有(約 日分) <input type="checkbox"/> 在庫無		【栄養】 食欲 有・無 医師の食事指示 有・無 <input type="checkbox"/> タンパク制限 <input type="checkbox"/> 減塩 <input type="checkbox"/> カロリー制限 食事形態 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> パースト状 <input type="checkbox"/> 経管栄養		【歯科保健】 <input type="checkbox"/> 歯や口腔に痛み <input type="checkbox"/> 義歯使用中 <input type="checkbox"/> 義歯に問題あり(紛失・破損・不適合) <input type="checkbox"/> その他
	【現在の状態】 バイタルサイン BP / KT °C 自覚症状(発症時期、持続期間等) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛・嘔吐・下痢・便秘 <input type="checkbox"/> 咳・痰・咽頭痛・呼吸困難 <input type="checkbox"/> 発疹・掻痒感 <input type="checkbox"/> その他(頭痛・不眠・めまい・不安・抑うつ等)								
日常生活の状況	食事		清潔	更衣	排せつ	移動	意思疎通	判断力・記憶	その他
	自立								
	要介助								
支援の内容									
相談内容						支援内容			

福祉避難所 食料・飲料水供給依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発 信 者 氏 名					
依 頼 食 料 ・ 飲 料 水 等 品 名 ・ 数 量	受	領	日	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
特 記 事 項	※(例)食料は柔らかい物、アレルギー対応 等				

※災害対策本部使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

受 信 者 氏 名					
手 配 食 料 ・ 飲 料 水 等 品 名 ・ 数 量	手	配	日	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
特 記 事 項					

福祉避難所 物資・機器等供給依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発 信 者 氏 名					
依 頼 物 資 等 品 名 ・ 数 量	受	領	日	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
特 記 事 項					

※災害対策本部使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

受 信 者 氏 名					
手 配 物 資 等 品 名 ・ 数 量	手	配	日	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
	月	日 ()	午前・午後	時	分
特 記 事 項					

福祉避難所 福祉機器等供給要請書

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名			
要請機器等品名・数量	受領日時		
	月	日 ()	午前・午後 時 分
	月	日 ()	午前・午後 時 分
	月	日 ()	午前・午後 時 分
	月	日 ()	午前・午後 時 分
	月	日 ()	午前・午後 時 分
特記事項			

※提供先使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

受信者氏名			
手配機器等品名・数量	手配日時	避難所確認	
	月 日 () 午前・午後 時 分		
	月 日 () 午前・午後 時 分		
	月 日 () 午前・午後 時 分		
	月 日 () 午前・午後 時 分		
	月 日 () 午前・午後 時 分		
特記事項			

福祉避難所 人的支援依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名					
	依頼内容 職種・人数	配	置	日	時 分
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士等介護職員 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 保育士 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> ボランティア () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> その他() () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
特記事項					

※災害対策本部使用欄

【受信日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

発信者氏名					
	手配内容 職種・人数	手	配	日	時 分
	<input type="checkbox"/> 介護福祉士等介護職員 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 保健師・看護師 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 保育士 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> 手話通訳者 () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> ボランティア () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
	<input type="checkbox"/> その他() () 人			月 日 ()	午前・午後 時 分
特記事項					

要配慮者支援班・災害対策本部 ⇒ 各要請先名 _____
 TEL _____ /FAX _____

(様式9-2)

福祉避難所 人的支援要請書

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

【依頼日時】

令和 _____ 月 _____ 日 () _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

発信者氏名					
要請内容	職種・人数	配置	日	時	分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士等介護職員	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 保健師・看護師	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 保育士	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> ボランティア	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> その他()	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
特記事項					

(保管) 要請先 (受) 名

使用欄

【受信日時】

令和 _____ 月 _____ 日 () _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

発信者氏名					
手配内容	職種・人数	手配	日	時	分
<input type="checkbox"/> 介護福祉士等介護職員	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 保健師・看護師	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 保育士	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> 手話通訳者	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> ボランティア	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
<input type="checkbox"/> その他()	() 人		月 日 ()	午前・午後	時 分
特記事項					

福祉避難所 事務引継書

【福祉避難所名】

【引継日時】

令和 月 日 () 午前・午後 時 分

引継者	前任者	後任者
避難者の状況		
避難者からの要望事項		
行政等の対応状況		
ボランティアの活動状況		
施設管理者との打ち合わせ事項		
その他		

福祉避難所 設置・運営等に要した費用に関する届出書

災害発生時における福祉避難所の設置運営に関する協定書第6条の規定に基づき、福祉避難所の設置・運営等に要した経費について、下記のとおり届け出ます。

記

【福祉避難所名】

項目	品名等	数量	単価	金額
合 計				

福 井 市 長

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

㊞

※この届出書の提出にあたっては、福井市指定請求書を併せて提出してください。

福祉避難所 人的支援に要した費用に関する届出書

福祉避難所に対する人的支援に要した経費について、下記のとおり届け出ます。

記

【福祉避難所名】

No.	内 容	数 量	単 価	金 額
合 計				

福 井 市 長

上記のとおり届け出ます。

令和 年 月 日

所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

㊤

※この届出書の提出にあたっては、福井市指定請求書を併せて提出してください。