

(様式第1号)

年 月 日

名張市社会福祉法人連絡会 会長 様

法人名 _____

代表者 _____

住 所 _____

電話/FAX _____

支 援 要 請 書

災害時における相互支援に関する協定書第3条第1項の規定により、次のとおり支援を要請します。

記

1 被災の状況（該当項目にレ点を記入）

被災施設名	
被災の日時	年 月 日 () 時頃
被災の原因	<input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> 震災 <input type="checkbox"/> 台風 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 土砂崩れ <input type="checkbox"/> その他 ()
施設（建物）の被災状況	<input type="checkbox"/> 建物損壊 (<input type="checkbox"/> 全壊・ <input type="checkbox"/> 半壊・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 床下浸水 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 電気不通 <input type="checkbox"/> ガス不通 <input type="checkbox"/> 水道不通 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用者（児）の被災状況	負傷者の有無 <input type="checkbox"/> 有→負傷者数 () 人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()
職員の被災状況	負傷者の有無 <input type="checkbox"/> 有→負傷者数 () 人 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他 ()

2 受入要請利用者（児）数及び受入要請期間

受入要請利用者（児）数	人 特に配慮が必要な事項 ()
受入要請期間	年 月 日 ~ 年 月 日

3 その他必要な事項

(様式第2号)

避難を必要としない被災施設用

年 月 日

名張市社会福祉法人連絡会 会長 様

法人名 _____

代表者 _____

住 所 _____

電話/FAX _____

支 援 要 請 書

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書第3条第2項の規定により、次のとおり支援を要請します。

記

1 被災の状況及び支援が必要な理由（該当項目にレ点を記入）

被災の状況	施設(建物)の被災状況	<input type="checkbox"/> 被害なし	<input type="checkbox"/> 建物損壊（ <input type="checkbox"/> 半壊・ <input type="checkbox"/> 一部）	<input type="checkbox"/> 床下浸水
		<input type="checkbox"/> 床上浸水	<input type="checkbox"/> 電気不通	<input type="checkbox"/> 水道不通
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	利用者の被災状況	負傷者の有無	<input type="checkbox"/> 有一負傷者数（ ）人	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
	職員の被災状況	負傷者の有無	<input type="checkbox"/> 有一負傷者数（ ）人	<input type="checkbox"/> 無
		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
支援が必要な理由				

2 必要とする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
<input type="checkbox"/> 生活物資等の提供	<input type="checkbox"/> 医 薬 品（物品名： 数量： ） <input type="checkbox"/> 衛 生 用 品（物品名： 数量： ） <input type="checkbox"/> 食 料（物品名： 数量： ） <input type="checkbox"/> 飲 料（物品名： 数量： ） <input type="checkbox"/> そ の 他（ ）
<input type="checkbox"/> 支援職員の派遣	<input type="checkbox"/> 介護職員（ ）人 <input type="checkbox"/> 看護職員（ ）人 <input type="checkbox"/> 相 談 員（ ）人 <input type="checkbox"/> そ の 他（ ）人
必要な支援の期間	年 月 日 ~ 年 月 日

3 その他必要な事項

()

年 月 日

名張市社会福祉法人連絡会 会長 様

法人名 _____

代表者 _____

住 所 _____

電話/FAX _____

支 援 要 請 書

災害時における社会福祉施設等の相互支援協定書第3条第3項の規定により、次のとおり支援を要請します。

記

1 受入利用者（児）数及び受入見込期間

被災施設の名称	
受入施設名	
受入利用者（児）数	人
受入見込期間	年 月 日 ~ 年 月 日

2 必要とする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
□生活物資等の提供	□医 薬 品（物品名： 数量： ）
	□衛生用品（物品名： 数量： ）
	□食 料（物品名： 数量： ）
	□飲 料（物品名： 数量： ）
	□そ の 他（ ）
□支援職員の派遣	□介護職員（ ）人
	□看護職員（ ）人
	□相 談 員（ ）人
	□そ の 他（ ）人
必要な支援の期間	年 月 日 ~ 年 月 日

3 その他必要な事項

[_____]