（様式１－１）

避難を必要とする被災施設用（施設→道）

平成　　年　　月　　日

　　北 海 道 知 事　 様

施設種別

施設名

代表者

住　所

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）

|  |  |
| --- | --- |
| 施設（建物）の被災状況 | □建物損壊（ □ 全壊・ □ 半壊・ □ 一部　）　 □床下浸水□床上浸水 □電気不通 □ガス不通 □水道不通　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用者（児）の被災状況 | 負傷者の有無　　□有→負傷者数（　　　）人　　□無□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職員の被災状況 | 負傷者の有無　　□有→負傷者数（　　　）人　　□無□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 | 平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日 |

３　その他必要な事項（該当項目にレ点を記入）

　　□受入要請利用者（児）の移送

　　　□自施設での移送

→乗車人数（　　　　　　）人　　　必要台数（　　　　　　）台

　　　□支援施設等での移送

　　　　→乗車人数（　　　　　　）人　　　必要台数（　　　　　　）台

　　　　　特に配慮が必要な事項（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　□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。

（様式１－２）

避難を必要としない被災施設用（施設→道）

平成　　年　　月　　日

　　北 海 道 知 事　 様

施設種別

施設名

代表者

住　所

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 | □被害なし □建物損壊（ □ 半壊・ □ 一部） □床下浸水□床上浸水 □電気不通 □ガス不通 □水道不通　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用者(児)の被災状況 | 負傷者の有無　　□有→負傷者数（　　　）人　　□無□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職員の被災状況 | 負傷者の有無　　□有→負傷者数（　　　）人　　□無□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 | 必要な支援の期間 |
| □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 | 年 月 日 ～年 月 日 |

３　その他必要な事項

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

（様式１－３）

受入施設用（施設→道）

平成　　年　　月　　日

　　北海道知事　様

施設種別

施設名

代表者

住　所

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　受入利用者（児）数及び受入見込期間

|  |  |
| --- | --- |
| 被災施設の名称 |  |
| 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 | 必要な支援の期間 |
| □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 | 年 月 日 ～年 月 日 |

３　その他必要な事項

|  |  |
| --- | --- |
| 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。