（様式４）

平成　　年　　月　　日

　　北海道知事　様

施設種別

住　所

施設名

代表者

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 | □　派遣できる → ※（　　　　）人　□　派遣できない |
| 提供可能な物資等の種類 | □　提供できる　　　　　　　　　　　□　提供できない  　　□医薬品　　□衛生用品　　□食料　　□飲料  □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 | □　一般車両　 （　　　）台　 合計乗車可能人数（　　　　）人 |
| □　福祉車両　 （　　　）台  →□車椅子 ※（　　　）台　 □ストレッチャー※（　　　）台  □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 | □　有　　 　　□　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 | □　有　　 　　□　無 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 | | ※ | 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 | | |
| 災害時に通じる衛星電話・無線電話 | | | □　有→（TEL　　　　　　　　　　） 　□　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 | | □　同意します　　 　　□　同意しません | |
| 施設関係団体への加入の有無 | | | □　有→（団体名　　　　　 　　　） 　□　無 | |

５　緊急連絡先等（該当項目にレ点を記入）

　 ※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。

|  |  |
| --- | --- |
| 記入者職・氏名 |  |
| 連絡先 |  |