**※１から４までの項目のうち、**

**１項目でも「あり」の場合に、**

**□にチェック等をして報告して**

**ください。**

広島市障害自立支援課宛　　　　　　　 TEL：082-504-2841

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：[jiritsu@city.hiroshima.lg.jp](mailto:jiritsu@city.hiroshima.lg.jp)　FAX：082-504-2256

**別紙１**〔標準様式〕

社会福祉施設等被害状況報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日時：　　月　　日　　　時

【施設情報】（予め記入しておいてください。）

設置主体(法人名)　　　　　　　　　　　　　　施設名

施設種別　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

連絡先（メールアドレス、FAX等を記入）

１　人的被害状況　　□あり　　　□なし　　　発生日時：　　月　　日　　時　　分頃

２　施設の被害状況　□あり　　□なし　発生日時：　　月　　日　　時　　分頃

　「あり」の場合（複数回答）□建物 □建物以外 □浸水 □土砂流入 □その他（　　　　）

（被害状況の詳細を具体的に記入。）

３　ライフライン（電気・水道・ガス・電話等）の被害状況

ライフライン被害　□あり（□停電、□断水、□その他（　　　　　　　））□なし

「あり」の場合（期間：　　月　　日　　時 　分頃から　　月　　日頃まで）

４　施設へのアクセス道路の状況（孤立している場合）

道路等の被害　　　□あり　　　　□なし

５　その他（「３」、「４」が「あり」の場合、食料・飲料水、道路の状況などを記入。）

６　サービス提供の継続への支障　□あり　□なし　発生日時：　　月　　日　　時　　分頃

（詳細を具体的に記入。）

７　入所者等の他施設等への避難状況　　□あり　　　　□なし

　　　（避難先の状況）

避難者数　　　　　　　　　　　　名

施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別

施設所在地

**注）障害自立支援課への報告は、原則としてメール又はＦＡＸでお願いします。**

記載例

**※１から４までの項目のうち、**

**１項目でも「あり」の場合に、**

**□にチェック等をして報告して**

**ください。**

広島市障害自立支援課宛　　　　　 TEL：082-504-2841

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ：[jiritsu@city.hiroshima.lg.jp](mailto:jiritsu@city.hiroshima.lg.jp) FAX：082-504-2256

**別紙１**〔標準様式〕

社会福祉施設等被害状況報告書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　報告日時：　７月１０日　２０時

【施設情報】（予め記入しておいてください。）

設置主体(法人名)　社会福祉法人〇〇会　　　　施設名　●●●●●●●●●●●

施設種別　障害者支援施設　　　　　　　　　　所在地　　広島市〇〇区○○三丁目〇―〇

担当者名　〇●　◆□　　　　　　　　　　　　電話番号　082-123-4567

連絡先（メールアドレス、FAX等を記入）

１　人的被害状況　　☑あり　　　□なし　　　発生日時：　７月１０日１９時　　分頃

施設の裏山で土石流が発生し、施設の調理室に流入した土砂に調理員が巻き込まれた。すぐに救出され、命に別状はないが、左足脛の腫れがひどく骨折の可能性がある。

２　施設の被害状況　☑あり　　□なし　発生日時：　７月１０日１９時　　分頃

　「あり」の場合（複数回答）☑建物 □建物以外 □浸水 ☑土砂流入 □その他（　　　　）

（被害状況の詳細を具体的に記入。）

施設の裏山で土石流が発生し、１階の外壁を突き破って施設の調理室に流入。調理器具等が土砂に埋まり、給食提供が困難

３　ライフライン（電気・水道・ガス・電話等）の被害状況

ライフライン被害　☑あり（☑停電、☑断水、□その他（　　　　　））□なし

「あり」の場合（期間：　　月　　日　　時 　分頃から　　月　　日頃まで）

　※貯水漕（10ｔ）が尽きた場合、施設の運営に影響あり。自家発電に切り替えているが、燃料が３時間程度分しかない。酸素吸入者への影響の可能性がある。

４　施設へのアクセス道路の状況（孤立している場合）

道路等の被害　　　☑あり　　　　□なし

５　その他（「３」、「４」が「あり」の場合、食料・飲料水、道路の状況などを記入。）

施設周辺の道路が、浸水や土砂のため寸断している。調理室が使用できないため、翌日の朝食及び昼食は加熱の不要な非常食により対応予定。夕食以降に不安がある。

６　サービス提供の継続への支障　☑あり　□なし　発生日時：　７月１０日１９時　　分頃

（詳細を具体的に記入。）

給食提供が困難なため、代替措置の検討が必要。

７　入所者等の他施設等への避難状況　　□あり　　　　☑なし

　　　（避難先の状況）

避難者数　　　　　　　　　　　　名

施設名称　　　　　　　　　　　　　　　　施設種別

施設所在地

**注）障害自立支援課への報告は、原則としてメール又はＦＡＸでお願いします。**