

# 様式集

様式 1	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「スクリーニングシート」
様式 1 - 2	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「避難者カード」
様式 2	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 開設要請書」
様式 3	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 避難者名簿」
様式 4	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 避難状況報告書」
様式 5	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 食料、飲料水依頼票」
様式 5 - 2	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 食料、飲料水受払簿」
様式 6	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 物資、器材依頼票」
様式 6 - 2	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「福祉避難所 物資、器材受払簿」
様式 7	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「食事提供表」
様式 8	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「その他直接支払表」
様式 9	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「その他直接支払物資台帳」
様式 10	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「介助員等・宿直者勤務表」
様式 11	・・・・・・・・・・・・・・・・・・	「請求書」

# スクリーニングシート

## 取扱注意

記入年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

避難所名

受付番号

※スクリーニングシートの情報を福祉避難所に提供することに同意します。  ←チェック

ふりがな 対象者氏名	男・女 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳) 電話 ( _____ )
聞き取りの相手	本人・家族 ( _____ ) ・その他 ( _____ ) 避難行動要支援者登録の有無 ( 有 無 )

①利用している 福祉施設、 事業所等	事業所名	TEL	利用しているサービス等
	ア		
イ			

## ②生活状況

※避難所での生活行為に対する支援の必要性について

ADL の状況

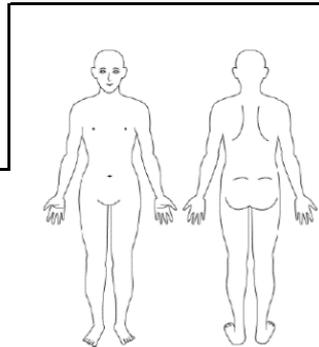
1. 移動・移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖・補助具	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> 支援必要	<input type="checkbox"/> 全介助 (避難所生活困難)
2. 食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 特別食等要配慮 (普通食・固形の介護食・液体の介護食)		<input type="checkbox"/> 支援必要	<input type="checkbox"/> 全介助 (避難所生活困難)
3. 排 せ つ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> 支援必要	<input type="checkbox"/> オムツ・パッド	<input type="checkbox"/> 全介助 (避難所生活困難)
4. 入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支援必要	<input type="checkbox"/> 福祉用具必要	<input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 全介助
5. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具必要	<input type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> 意思表示困難	<input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 難 聴

精 神 機 能

1 抑うつ 2 閉じこもり 3 不安 4 依存傾向 5 認知症 6 知的障害 7 その他 ( \_\_\_\_\_ )

精 神 状 況

1 夜眠れない 2 気分がすぐれない 3 落ち着かず、じっとしてられない  
5 何事もやる気がしない 4 気分が沈みがちで憂うつ  
6 普段より疲れやすい 7 イライラし、ささいなことで腹が立つ  
8 その他 ( \_\_\_\_\_ )



麻痺、拘縮、しびれ、痛み、力が入らない部位(筋力低下)、  
その他特記すべきことについては、部位に斜線を入れ、矢印で言葉を補足する。

緊急連絡先	氏 名	続柄	住 所	TEL
	①			
	②			

## 判断

( ) 避難所で生活が可能。ただし、マットやポータブルトイレ、食事配慮などが必要  
 ( ) 避難所で、地域や家族の支援により生活が可能  
 ( ) **福祉避難所への入所が必要→移送手段にチェック**  
 自家用車、タクシー等  市等に要請  その他 ( \_\_\_\_\_ )  
 ( ) その他

避難先 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 部屋名 ( \_\_\_\_\_ )





様式 2

令和 年 月 日

FAX :

E-mail :

(送信元)

市災害対策本部

(送信先)

⇒

## 福祉避難所 開設要請書

福祉避難所の開設について、下記のとおり要請します。

記

開設期間	年 月 日 ( ) から
	年 月 日 ( ) まで
開設施設	
その他	

連絡先	
市災害対策本部担当者	

## 福祉避難所 避難者名簿

【福祉避難所名】

---

【入所年月日】

年            月            日    (            )

ふりがな 避難者氏名		男・女	電話		
住所					
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				男・女	
				男・女	
親 族 な ど の 連 絡 先	ふりがな 氏名			電話	
	ふりがな 氏名				
	ふりがな 氏名		電話		
	ふりがな 氏名				
特別な配慮を必要とすることがある場合は、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					
転出年月日	年            月            日    (            )				
転出先電話番号					
備 考					



様式 5

福祉避難所 ⇒ 市災害対策本部 ⇒ 保健福祉班

FAX :

E-mail :

(送信元)

(送信先)

⇒

市災害対策本部

### 福祉避難所 食料、飲料水依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

E-mail :

【依頼日時】

年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

発 信 者 氏 名			
依 頼 内 容	食 料	食	
	飲 料 水	水	
受 領 日 時	食 料	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
	飲 料 水	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 水)	
特記事項 (食糧・飲料水の内訳等)			

※災害対策本部使用欄

【受信日時】

年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

受 信 者 氏 名			
手 配 内 容	食 料	年 月 日 ( )	食
	飲 料 水	年 月 日 ( )	水
手 配 日 時	食 料	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 食)	
	飲 料 水	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ( 水)	
特 記 事 項			



様式 6

福祉避難所 ⇒ 市災害対策本部 ⇒ 保健福祉班

FAX :

E-mail :

(送信元)

(送信先)

⇒

市災害対策本部

### 福祉避難所 物資、器材依頼票

【福祉避難所名】

TEL :

FAX :

E-mail :

【依頼日時】

年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

発 信 者 氏 名					
依 頼 物 資 等 の 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
特 記 事 項					

※災害対策本部使用欄

【受信日時】

年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分

受 信 者 氏 名					
手 配 物 資 等 の 品 名 ・ 数 量	手 配 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
特 記 事 項					



## 食事提供表

福祉避難所名称			
	食事単価	朝食	円
		昼食	円
		夕食	円
		年	月
		日提供分	

利用者氏名	年齢	食事（○印記入）		その他の食事提供について直接払 により必要となった経費（要領収書）	
				品名等	金額
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
		朝食		品名等	金額
		昼食			
		夕食			
合 計		朝食	食	食事費用	円
		昼食	食	その他費用	円
		夕食	食	合計	円





## 介助員等・宿直者勤務表

（ 年 月 日～ 年 月 日分）

福祉避難所名称	
---------	--

介助員等の勤務実績

勤務者は上段に押印又はサイン、下段に勤務時間を記入

介助員等氏名		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
①		印																	
		時間																	
		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
		印																	
		時間																	
介助員等氏名		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
②		印																	
		時間																	
		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
		印																	
		時間																	

宿直者の勤務実績

宿直者		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
		印																	
		時間																	
		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	
		印																	
		時間																	

介助員等人件費      単価                  円 ×                  時間分 =                  円  
 宿直者人件費        単価                  円 ×                  日分 =                  円

様式11

協定締結法人⇒市災害対策本部⇒保健福祉班

年 月 日

# 請 求 書

福津市長 あて

住 所

法人名

代表者名

印

金 \_\_\_\_\_ 円

年 月 日から 年 月 日までの福祉避難所開設・運営費として

請求内訳 別添様式のとおり