

東大阪市福祉部指導監査室障害福祉事業者課（FAX番号：06-4309-3848）に送付してください。

被災状況報告書【障害関係施設】

報告日時		月 日（ 時 分）現在		
事前に記載してください。	施設名	（担当 ）		
	電話番号	FAX番号		
	緊急連絡先			
	メールアドレス			
	施設所在地			
	入所者数	名		
被害情報等（災害発生時に記載する項目）	人的被害の状況 1. 死亡者あり（ 名） 2. 負傷者あり（ 名） 3. 被害なし	○被害状況の詳細 ※具体的に記載すること。		
	建物被害の状況 1. サービス提供の継続に支障がある重大な被害あり。 2. サービス提供の継続に支障はないが、重大な被害あり。 3. 軽微な被害あり。 4. 被害なし。	○被害状況の詳細 ※具体的に記載すること。		
	入所者の他施設等への避難の有無 1. 有 2. 無	○避難状況・避難先等		
	断水の状況	1. 有 2. 無		
停電の状況	1. 有 2. 無			
飲料水・食料の状況	1. 定期的に充分確保できている。 2. 2・3日以上確保している。 3. 2・3日以上確保しているが、その後については、確保に支障がある見通し・可能性。 4. 今日の確保にも支障がある。			

	生活用水の状況	1. 定期的に充分確保できている。 2. 2・3日以上確保している。 3. 2・3日以上確保しているが、その後については、確保に支障がある見通し・可能性。 4. 今日の確保にも支障がある。
	自家発電装置の燃料の状況 (停電時)	1. 定期的に充分確保できている。 2. 2・3日以上確保している。 3. 2・3日以上確保しているが、その後については、確保に支障がある見通し・可能性。 4. 今日の確保にも支障がある。 5. 自家発電装置を保有していない。

※ 以下は、「入所者の避難が有」かつ「サービス提供の継続に支障がある重大な被害あり」の施設のみ記載をしてください。

避難状況	災害発生時の入所者数（利用者数）		名
	うち、避難者数		名
	避難先	他施設	名
		病院	名
		避難所	名
		自宅	名
		その他	名
○避難者に関する留意事項			