茨木市 ⇒ 施設 (様式1-1号)

別記様式(第3条関係)

平成 年 月 日

様

(要請者) 茨木市長

避難施設開設要請書

災害発生に伴う避難施設の設置運営に関する協定に基づき、次のとおり避難施設の開設を要請します。

- (1) 施設名
- (2) 受入人数
- (3) 開設日
- (4) その他

担当課 担当者 電話番号

要配慮者避難施設への避難申出書 兼 情報提供同意書

(あて先) 茨木市長

私は、「要配慮者避難施設への避難申出書 兼 情報提供同意書」を提出します。 また、私が届け出た次の個人情報が市の関係部署や警察署、地域の民生児童委員、 自主防災組織、援護体制の整った自治会・町内会(協力自治会)及び介護・障害福 祉サービス等提供事業者など援護するものに提供されること、並びに茨木市が保有 する私の保健福祉情報を援護の決定に利用することを承諾します。

<u> </u>						性別	-	男・	女
生年月日	明治 • :	大正・	昭和 •	平成	年	月	月 (歳)
住所	茨木市								
電話番号	(``)		_				
身元引受人	氏 名:					続	柄:		
オル別文八	連絡先:								

血液型		ABO式	A	• В	· o ·	AB	Rh	(+ -)
かかりつけの医療	聚機関					電話番号		
今かかっている	病気							
現在の身体状	況							
常用している	薬							
アレルギー 無・有			有 ()
健康保険証番	号							
障害福祉サー 受給者証番							障害支援 区分	
	身体	本障害者手帳			等級			
障害者手帳番号		療育手帳					判定	
	精神障害	害者保健 福	 冨祉手帳				等級	

介護保険	食証番	5号								
介護保険詞	忍定の)有無	有	• 無	要支援	• 要介護() • 申請中			
		 (介護•障	ス内容 (害福祉) (事業所		電話 番号					
利用してい 介護・障害福 サービス		 (介護·障	ス内容 (害福祉) マ事業所			電話 番号				
		 (介護·障	ス内容 (害福祉) (事業所	電話		電話 番号				
		氏名		続柄	住	所	電話番号			
緊急連絡先										
その他 (伝えたいこ	と)									
(移動必要理由		市記入欄 出者の特筆	すべき事情	青を記入)		施設言	己入欄			

市記入欄	施設記入欄
(移動必要理由等申出者の特筆すべき事情を記入)	
	家屋の状況: 半壊 ・ 全壊 転居先:
市担当者	施設担当者
連絡先	連絡先

平成 年 月 日

(届出先)

茨木市高齢者サービス事業所連絡会会長

災害発生に伴う避難施設の設置届

所在地			
連絡先()	_	
団体名			
代表者			(EJJ)

当法人は、茨木市高齢者サービス事業所連絡会と茨木市が締結した「大規模 災害に伴う避難施設の設置運営に関する協定」に基づく避難施設を次のとおり 設置することを届け出します。

[設置する避難所の内容]

LHV F			
	施設名称		
	所在地		
連	電話番号	() –	担当者
連絡	ファックス番号	() –	
先	e-mail		
	受入可能人数	()人程度[男女区分(なし、男 人、	女 人)]
	受入可能期間	6 か月以内 ・ 3 か月以内 ・ 1 か月以内 ・ その他 (1 週間以内)
	その他		

※上記の内容は、今回の届出時の予定を示したものであり、災害発生に伴う避難施設開設時に実際の内容を確定するものとします。

平成 年 月 日

(届出先)

茨木市障害福祉サービス事業所連絡会会長

災害発生に伴う避難施設の設置届

所在地			
連絡先()	_	
団体名			
代表者			(EII)

当法人は、茨木市障害福祉サービス事業所連絡会と茨木市が締結した「大規模災害に伴う避難施設の設置運営に関する協定」に基づく避難施設を次のとおり設置することを届け出します。

[設置する避難所の内容]

[H/			
	施設名称		
	所在地		
連	電話番号	() –	担当者
連絡	ファックス番号	() –	
先	e-mail		
	受入可能人数	()人程度[男女区分(なし、男 人、	女 人)]
	受入可能期間	6 か月以内 · 3 か月以内 · 1 か月以内 · その他 (1週間以内
	その他		

※上記の内容は、今回の届出時の予定を示したものであり、災害発生に伴う避難施設開設時に実際の内容を確定するものとします。

施設 ⇒ 茨木市 (様式1-4号)

被災状況報告書

罹災日時: (概ね) 【平成 年 月 日 時 分ころ】

報告日時	平成	年	月	Ħ	時	分明	且在
施設種別							
施設名							
定員							
施設所在地							
担当者							
連絡先 (電話番号等)							
人的被害	死傷者:		名 (うち死	者 名)			
	負傷者	か状況	• 負傷程度	等			
物的被害 (被害状况)							
避難の有無	有・	無	(避難状況	• 避難先等	Ē)
現在の状況							
開設の可否	可 •	否					
受け入れ可能人数	()人					

- (注1)被害状況については、施設のどの部分が、どのように被害をうけているかが判るよう可能な限り具体的に記載すること。
- (注2) 施設が罹災した日及び施設の被災による避難の有無を記載すること。
- (注3) 現在の状況には、「復旧済み」「〇日から通常使用できる予定」「要配慮者避難施設としての対応が可能」など具体的に記入すること。

月

分

報告書(日報)

時

(

(

日 () 午前 · 午後

【報告日時】

平成

年

							(発信者)		
	施設名								
旅	施設の種類			福祉避難施設			• 緊急入所施設		
	建		物	異常	なし・	異常あり) (
施	電		気	異常	なし・	異常あり)		
設	水		道	異常	なし・	異常あり)		
の	電		話	異常	なし・	異常あり)		
状	食		料	異常	なし・	異常あり) (
況	資	機	材	異常	なし・	異常あり) (
	そ	0)	他						
	受入者数					人	□ 変更なし□ 変更あり(※変更があった者の氏名を記入すること)		
							(
							(
新規受	新規受入者名			退所者名 (退所後住所)		(

ボランティア人数・氏名	人		J
基格事項			

施設 ⇒ 茨木市 (様式3-1号)

福祉避難施設の設置運営等に要した経費に関する届出書

邡	拖設名						
(1)移	多送に要する	費用					円
(2)生	三活相談員等	学に要する人作	中費				円
(3)要	長配慮者に要	ぎする食費					円
(4) ~	ての他設置運	営等に要した	費用				円
		項	目 (内	訳)	金	額	1 1
							円
-							円
							円
							円
							円
							円
		(1) + (2) + (3) + (4)			円

(届出先)

茨木市長

上記のとおり届出ます。

平成 年 月 日

所在地 設名 代表者名

印

施設 ⇒ 茨木市 (様式3-1-1号)

福祉避難施設の設置運営等に要した人件費積算書(平成 年 月分)

施	設名									
	単価 (円)	人数 (人)	小計 (円)	単価 (円)	人数 (人)	小計 (円)	単価 (円)	人数 (人)	小計 (円)	合計 (円)
1日										
2日										
3日										
4日										
5日										
6日										
7日										
8日										
9日										
10日										
11日										
12日										
13日										
14日										
15日										
16日										
17日										
18日										
19日										
20日										
21日										
22日										
23日										
24日										
25日										
26日										
27日										
28日										
29日										
30日										
31日										
合 計	_									

施設 ⇒ 茨木市 (様式3-1-2号)

福祉避難施設の設置運営等に要した要援護者食費積算書(平成 年 月分)

施設名										
	単価 (円)	食数 (食)	小計 (円)	単価(円)	食数 (食)	小計 (円)	単価 (円)	食数 (食)	小計 (円)	合計 (円)
1日										
2日										
3日										
4日										
5日										
6日										
7日										
8日										
9日										
10日										
11日										
12日										
13日										
14日										
15日										
16日										
17日										
18日										
19日										
20日										
21日										
22日										
23日										
24日										
25日										
26日										
27日										
28日										
29日										
30日										
31日										
合 計										

施設 ⇒ 茨木市 (様式3-1-3号)

福祉避難施設の設置運営等に要したその他経費積算書(平成 年 月分)

施	設名				
		項目	金	額	(円)
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					
目					
合 計					

請 求 書

(あて先) 茨木市長 下記のとおり請求します。

住所	
商号	
代表者	印

平成 年 月 日

件名		請求金額	円
内訳			
	検査員	立会人	

課

要配慮者等受入リスト

施設名	(福祉避難施設	•	緊急入所施設)	,
7 E E C - E	\				

番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所		電話				
		МТ	年 月 日	,								
-	入所日	S H	年 月 日	1		 心身の状況						
	八別日					心身の仏仇						
	身元引受人氏名	身	元引受人続柄			身元引受	人連絡先					
	21 20 31 X 2 C C C)									
	退所日			転出	先			青考				
		(A-5C)				(4号41)						
亚口		〔住所〕	化 左耳口	左歩	ᄮᄱ	[電話]		委託				
番号	氏名		生年月日	午町	性別	住所		電話				
) / m										
		M T S H	年 月 日	3								
	入所日	5 11	1 /4 1			心身の状況	Į.					
	7 4/2/11											
	身元引受人氏名	身:	元引受人続柄			身元引受	人連絡先					
-	YE SIGH			#→ 111	4-		<i>[±</i>	t: ±x.				
-	退所日			転出	尤		1)	青考				
		〔住所〕				[電話]						
番号	氏名	(12//1)	生年月日	年齢	性別	住所		電話				
ш.7	> U		<u> </u>	ТЩ	114/4 4	14//		PERR				
		мт										
		M T S H	年 月 日	1								
	入所日					心身の状況						
-	身元引受人氏名	É,	二川巫 徳岳	1	身元引受人連絡先							
	夕兀灯叉八八石	夕.	元引受人続柄	+		タルがタ	之人連絡先					
	退所日		 転出先				信	青考				
								•				
		〔住所〕				[電話]						
番号	氏名		生年月日	年齢	性別	上 住所		電話				
		M T S H	年 月 日	,								
-	入所日	SH	平 月 日	1		 心身の状況						
-	八別日					心身の仏仇						
	身元引受人氏名	身	元引受人続柄			身元引受	人連絡先					
	21 20 31 X 2 C C C)			7170312	C) (XE/II) I					
	退所日			転出	先			青考				
		(住所)				「雪話〕						
		1.14- PIT I				11 66 8万 1						

茨木市 ⇒ 施設 (様式5-1号)

移送要請書

平成 年 月 日

(施設名) 様

茨木市長

災害時における要配慮者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

要配慮者	氏名:					生年月日:				
女 癿 偲 汨	住 所:									
九二 司巫(氏 名:	_	_		_	続柄:				
身元引受人	連絡先:									
避難所名										
避難所所在地										
現場担当職員			TEL:							
移送希望日時	平成	年	月	日		午前 午後	時	分		
[施設処理欄]										
移送実施日時	出発 時間	平成	年	月	日	午前 午後	時	分		
炒 还 天 旭 日 时	到着 時間	平成	年	月	日	午前 午後	時	分		
所要時間			分		送実施 当者					
移送区間						距離		km		
使用車両	車両番号					排気量				
備考										

施設 ⇒ 茨木市 (様式5-2号)

移送記録簿

【施設名】

	移送年	月日		移送区間	距離	所要時間	担当者	使用車両		移送者名
	D ~ 1 .	7 1		2217	2-1-1 1hr	7712.4114	人数	車両番号	排気量	(要配慮者)
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	目	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	月	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
平成	年	月	日	~						
《備	考》									

食糧•物資等供給依賴票

【施設名	

特記事項

						TE:						
【依頼日日	時】											
平成	年	月	日 ()	午前	•	午後		時		<u>分</u>	
発信	者氏名											
			品名·数	、 量					受領	日時 • 蕦	数 量	
		Г										
特訂	巴事項											
						1						
		※茨木市	使用欄									
【受信日日	時】											
平成	年	月	月 ()	午前	•	午後		時		分	
受信	者氏名											
月	手配物	資 等	品名・	数量			手	配		日	時	
							月	月 () 午	前・午後	時	分
							月	月 ()午	前・午後	時	分
							月	日 () 午	前・午後	時	分

日() 午前・午後

日() 午前・午後

月

月

分

分

時

時

食糧•物資等受払簿

(様式6-2号)

【施設名】

		受け入れ		払い出し	最低
年 月	日	品 名	数量	1AV .III C	在庫数
平成	年			年月日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	
				払い出し数	
月	日			在庫数	
平成	年			年月日	
				払い出し数	
月	日			在庫数	
平成	年			年月日	
	п			払い出し数	
月	日			在庫数	
平成	年			年月日	
月	日			払い出し数	
				在庫数	
平成	年			年月日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日	
月	日			払い出し数	
				在庫数	
平成	年			年月日 払い出し数	
月	日			在庫数	
				年月日	
平成	年			十万日 払い出し数	
月	目			在庫数	
ਜ਼-ਦ-	年			年月日	
平成	4			払い出し数	
月	目			在庫数	
平成	年			年月日	
1 /3/	'			払い出し数	
月	目			在庫数	
平成	年			年月日	
				払い出し数	
月	目			在庫数	
平成	年			年月日	
				払い出し数	
月	日			在庫数	
平成	年			年月日	
 	ь			払い出し数	
月	目			在庫数	
平成	年			年月日	
F	П			払い出し数	
月	目	1		在庫数	

災害ボランティアセンターあて FAX 072-627-0107	F	所長	係	受付職員
TEL 072-627-0086				

要配慮者避難施設ボランティア依頼票

				. 74 C H.Z	(, () (/ 1	/ IP1/131	A \		
【依頼日時】	平成	年 月	目()	午前 •	午後	時	分		
要援護者避 難施設名 (住所・代表者名))				TEL FAX			
担当者名			部	署名			緊急連	 絡先		
	ake Mars / kika ke - + 10.	.b.\ ⇒→ → 1							•. }c ⇒⇒ → ·	
※依頼内容は	<u>簡潔に(箇条書</u> ィア	き) 記人し		<u>^。受力</u> 男性	<u> </u>	は、施設 ・ 女				してください。 受入れ結果
【依賴内容】			(1 14/4)	74 III.		^	<u> </u>	н		27449/147/
【活動日】	平成 年 (日帰り	月 ・ 泊り) 目()) ~ 平成	年	月	日 ()	
□介護福祉□	Ŀ		(内訳)	男性	人	· 女	性人	• 計	人	受入れ結果
【依賴内容】										
【活動日】	平成 年 (日帰り	月 ・ 泊り	日())~ 平成	年	月	日()	
□ 看護師			(内訳)	男性	人	· 女	性人	• 計	人	受入れ結果
【依賴内容】	TT D. Fra	н	P /	,		Free Pres	н	₽ /	\	
【活 動 日】 【活動時間】	平成年(日帰り	月 ・ 泊り) 目(,) ~ 平成	年	月	日()	
□その他()	(内訳)	男性	人	· 女	性人	• 計	人	受入れ結果
【依賴内容】										
【活 動 日】 【活動時間】	平成 年 (日帰り) 目()) ~ 平成	年	月	日()	
依頼者による 準備物	送迎(有・1	無) 昼食	(有•無) <u>ż</u>	を通費(有	• 無)	その他			
ボランティア	センター回答期!	3	<u> </u>	成	左	<u></u> _	月	日	まで	
特記事項										

茨木市 ⇒ 施設 (様式8号)

要配慮者避難施設指定解除通知書

平成 年 月 日

(施設名) 様

茨木市長

災害時における福祉避難施設等の指定を下記のとおり解除します。

記

施設名				
施設の種類	福社	止避難施設	•	緊急入所施設
解除日	平成	年	月	日
備 考				

施設 ⇒ 茨木市 (様式9-1号)

平成 年 月 日

緊急入所施設利用者負担分の費用に関する申請書

(申請先) 茨木市長

所 在 地 施 設 名 代表者名

印

緊急入所施設に入所した者の介護サービス費、食費、居住費等の自己負担分の 費用について、下記のとおり申請いたします。

記

施設名
 金額
 申請内容

別添一覧表のとおり

施設 ⇒ 茨木市 (様式9-2-1号)

緊急入所施設利用者負担分の費用に関する利用状況一覧

施設名:

	利用者氏名	住	所	生年月日	介護度	利用期間		
《記載	茨木 太郎	茨木市駅前	三丁目13-5	S11.1.1	要介護5	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日		
郵例	介護サービス費	食費	居住費	合計	ĺ			
*	5,329円	1,950円	1,600円	8,879円				
	利用者氏名	住	所	生年月日	介護度	利用期間		
1		0111		A = 1		#		
	介護サービス費	食費	居住費	合計	1)	帯 考		
	利用者氏名	住	所	生年月日	介護度	利用期間		
2	介護サービス費	食費	居住費	合計	Ó	帯 考		
	利用者氏名	住	所	生年月日	介護度	利用期間		
3								
	介護サービス費	食費	居住費	合計	(i	帯 考		
	利用者氏名	住	所	生年月日	介護度	利用期間		
4	介護サービス費	食費	居住費	合計		帯 考		
	川 受り 一 し 个 賃	以 其	冶比貝	日刊	ν	用 ¹ フ		

<添付資料>

- ※利用者負担分の根拠となる入所施設が発行した利用者ごとの明細書の写し
- ※食費・居住費にかかる利用者ごとの「負担限度額認定書」の写し
- ※介護サービス費等の額の特例にかかる利用者ごとの「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」の写し

施設 ⇒ 茨木市 (様式9-2-2号)

【障害者用】緊急入所施設利用者負担分の費用に関する利用状況一覧

施設名:

	利用者氏名	住	所	生年月日	障害支援区分	利用期間		
《記載	茨木 太郎	茨木市駅前	三丁目13-5	S11.1.1	5	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日		
例	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	ĺ			
»	5,329円	1,950円	1,600円	8,879円				
	利用者氏名	住	所	生年月日	障害支援区分	利用期間		
1						tt.		
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	1	帯 考		
	利用者氏名	住	所	生年月日	障害支援区分	利用期間		
2	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	Ó	着		
	利用者氏名	住	所	生年月日	障害支援区分	利用期間		
3								
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	ĺ	備 考		
	利用者氏名	住	所	生年月日	障害支援区分	利用期間		
4	B************************************	本 曲	7.00/16	√ 1 1		# ±		
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	1	帯 考		

<添付資料>

- ※利用者負担分の根拠となる入所施設が発行した利用者ごとの明細書の写し
- ※食費・居住費にかかる利用者ごとの「負担限度額認定書」の写し
- ※介護サービス費等の額の特例にかかる利用者ごとの「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」の写し

介護保険利用者負担額減額·免除等申請書

フリカ゛ナ					保険				2	7	2	1	1	2	
被保険者氏名					被保障										
生年月日	明·大·昭	年	月	日生	性別		男・女								
住 所	₸	電話番号													
利用者負担減免申請理由															
-	(申請先) 茨 木 市 長 上記のとおり関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除を申請します。														
中請者	住所 任名					電話者	番号								

市記入欄

交付年月日	備	考
年 月 日	3 (所得分布の状況等を記入)	
適用年月日		
年 月 日 から		
有効期限		
年 月 日 まで		

介護保険負担限度額認定申請書

年 月 日

(申請先)

茨木市長

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

7	フリガナ	被保険者番号 0 0 0									
被	安保険者氏名	即 個人番号 1									
	生年月日	明・大・昭年月日性別男・女	ii								
	住所										
		連絡先									
	入所(院)した 護保険施設の										
	在地及び名称 (※)	連絡先									
入	所(院)年月日 (※)	昭 ・ 平 年 月 日 (※)介護保険施設に入所(院)していない場合及び ショートステイを利用している場合は、記入は不要です。									
西	2偶者の有無	有 ・ 無 左記において「無」の場合は、以下の「配偶者に関する事項 ては、記入は不要です。	ijについ								
	フリガナ										
配	氏名	明・大・昭年月日間人番号ははままままままままままままままままままままままままままままままままままま	<u> </u>								
偶	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 個人番号	<u> </u>								
者に眼	住所	連絡先									
関する事項	本年1月1日 現在の住所 (現住所と 異なる場合)										
	課税状況 (該当するも のに○)	市町村民税 課税 ・ 非課税									
<u>**</u>	<u>平成28年1)</u>	月1日現在の配偶者の住所が茨木市でない場合は、課税証明書を添付してください 	<u>, </u>								
	申請者氏名	(続柄:) 申請者が被保険者本人の場合、記入は不要です	0								
	申請者住所	連絡先 (自宅·勤務先)									
	八等に関 十る申告	□ 生活保護受給者/市町村民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円以下です。 ※ 寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。 市町村民税世帯非課税者であって、 課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が 年額80万円を超えます。									

※裏面も記入してください。

		本人並びに配偶者の預貯金等 1,000万円)以下です。預貯金	の資産の合計額が2,000万円(配偶者 金、有価証券にかかる通帳等の写しは別	デがいない場合は 添のとおりです。
		名義	金融機関名等	金額
	77			円
	預貯。			円
預貯金等に	金			円
関する申告(預貯金等の種				円
類及び金額を	価	名義	種類	金額
記入してください)	証券 (円
	評価概			円
	算額)			円
	7.	名義	種類	金額
	そのか			円
	他			円

【注意事項】

- (1) この申請書における「配偶者」については、世帯分離をしている配偶者又は内縁関係の者を含みます。
- (2) 本人及び配偶者の預貯金等についてすべて記載してください。預貯金等の種類欄には、金融機関名等をご記入ください。
- (3) 預貯金等については、同じ種類の預貯金等を複数所有している場合は、そのすべてを記入し、通帳等の写しを添付してください。
- (4) 通帳等の写しは、銀行等の名称・支店・口座番号・名義のわかる部分と、最終の残高が分かる部分の写しが必要です。最終残高は申請日にできるかぎり近い時点(直近2ケ月前まで)の写しを添付してください。
- (5) 書き切れない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- (6) 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

同意書
茨木市長
介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社 その他の関係機関(以下、「銀行等」という。)に私及び私の配偶者(内縁関係の者を含む。以下同じ。) の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。 また、茨木市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。
平成 年 月 日
<本人>
住所
氏名
<配偶者>
住所
氏名