

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入る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。

ふりがな		性別	男・女
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日 ( 歳)
住所	茨木市		
電話番号	( ) —		
身元引受人	氏名:	続柄:	
	連絡先:		

血液型	ABO式	A・B・O・AB	Rh	(+ -)
かかりつけの医療機関	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 ( )			
健康保険証番号				
障害福祉サービス受給者証番号			障害支援区分	
障害者手帳番号	身体障害者手帳		等級	
	療育手帳		判定	
	精神障害者保健福祉手帳		等級	

(裏面につづく)

介護保険証番号			
介護保険認定の有無		有 ・ 無	要支援 ・ 要介護( ) ・ 申請中
利用している 介護・障害福祉 サービス	サービス内容		
	(介護・障害福祉) サービス事業所	電話 番号	
	サービス内容		
	(介護・障害福祉) サービス事業所	電話 番号	
	サービス内容		
	(介護・障害福祉) サービス事業所	電話 番号	

緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号

その他 (伝えたいこと)	
-----------------	--

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 ⑩

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]

施設名称			
所在地			
連絡先	電話番号	( ) —	担当者
	ファックス番号	( ) —	
	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・1週間以内 その他( )		
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

印

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]

施設名称			
所在地			
連絡先	電話番号	( ) —	担当者
	ファックス番号	( ) —	
	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・1週間以内 その他( )		
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。

## 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 日 時 分 現在
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)	
<b>人的被害</b>	死傷者： 名 (うち死者 名) 負傷者の状況 ・ 負傷程度等 [ ]
<b>物的被害</b> (被害状況)	
避難の有無	有 ・ 無 (避難状況 ・ 避難先等 )
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。

# 報告書(日報)

**【報告日時】**

平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

(発信者)

施設名			
施設の種類		福祉避難施設 ・ 緊急入所施設	
施設 の 状 況	建物	異常なし ・ 異常あり ( )	
	電気	異常なし ・ 異常あり ( )	
	水道	異常なし ・ 異常あり ( )	
	電話	異常なし ・ 異常あり ( )	
	食料	異常なし ・ 異常あり ( )	
	資機材	異常なし ・ 異常あり ( )	
	その他		
受入者数		人	<input type="checkbox"/> 変更なし <input type="checkbox"/> 変更あり (※変更があった者の氏名を記入すること)
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	( )
連絡事項			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

## 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

施設名		
(1)移送に要する費用		円
(2)生活相談員等に要する人件費		円
(3)要配慮者に要する食費		円
(4)その他設置運営等に要した費用		円
	項 目 (内 訳)	金 額
		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

施設名

代表者名

印







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		
日		
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 )

番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H 年 月 日				
	入所日	心身の状況				
	身元引受人氏名	身元引受人続柄	身元引受人連絡先			
	退所日	転出先			備考	
		[住所]	[電話]			
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H 年 月 日				
	入所日	心身の状況				
	身元引受人氏名	身元引受人続柄	身元引受人連絡先			
	退所日	転出先			備考	
		[住所]	[電話]			
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H 年 月 日				
	入所日	心身の状況				
	身元引受人氏名	身元引受人続柄	身元引受人連絡先			
	退所日	転出先			備考	
		[住所]	[電話]			
番号	氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H 年 月 日				
	入所日	心身の状況				
	身元引受人氏名	身元引受人続柄	身元引受人連絡先			
	退所日	転出先			備考	
		[住所]	[電話]			

## 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： <span style="float: right;">生年月日：</span>
	住所：
身元引受人	氏名： <span style="float: right;">続柄：</span>
	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 <span style="float: right;">午前 午後</span> 時 分

## [施設処理欄]

移送実施日時	出発時間	平成 年 月 日 <span style="float: right;">午前 午後</span> 時 分
	到着時間	平成 年 月 日 <span style="float: right;">午前 午後</span> 時 分
所要時間	分	移送実施担当者
移送区間		距離 <span style="float: right;">km</span>
使用車両	車両番号	排気量
備考		

## 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 人数	使用車両		移送者名 (要配慮者)
					車両番号	排気量	
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 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 日	～						
平成 年 月 日	～						
平成 年 月 日	～						
平成 年 月 日	～						

《 備考 》

## 食糧・物資等供給依頼票

## 【施設名】

TEL:

FAX:

## 【依頼日時】

平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

発信者氏名			
	品名・数量	受領日時・数量	
特記事項			

※茨木市使用欄

## 【受信日時】

平成 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

受信者氏名			
手配物資等	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
		月 日 ( )	午前・午後 時 分
特記事項			



## 食糧・物資等受払簿

【施設名】

受け入れ			払い出し							最低 在庫数
年 月 日	品 名	数量	年月日							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							
平成 年 月 日			年月日							
			払い出し数							
			在庫数							

施設 ⇒災害ボランティアセンター

(様式7号)

災害ボランティアセンターあて FAX 072-627-0107

TEL 072-627-0086

所長

係

受付職員

## 要配慮者避難施設ボランティア依頼票

【依頼日時】 平成 年 月 日( ) 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

※依頼内容は簡潔に(簡条書き)記入してください。受入れ結果には、施設が受入れ日時、人数等を記入してください。

<input type="checkbox"/> ボランティア	(内訳) 男性 人 ・ 女性 人 ・ 計 人	受入れ結果
【依頼内容】		
【活動日】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
【活動時間】 ( 日帰り ・ 泊り )		
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	(内訳) 男性 人 ・ 女性 人 ・ 計 人	受入れ結果
【依頼内容】		
【活動日】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
【活動時間】 ( 日帰り ・ 泊り )		
<input type="checkbox"/> 看護師	(内訳) 男性 人 ・ 女性 人 ・ 計 人	受入れ結果
【依頼内容】		
【活動日】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
【活動時間】 ( 日帰り ・ 泊り )		
<input type="checkbox"/> その他 ( )	(内訳) 男性 人 ・ 女性 人 ・ 計 人	受入れ結果
【依頼内容】		
【活動日】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
【活動時間】 ( 日帰り ・ 泊り )		
依頼者による準備物	送迎(有・無)	昼食(有・無)
	交通費(有・無)	その他
ボランティアセンター回答期日	平成 年 月 日まで	
特記事項		

## 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	福祉避難施設 ・ 緊急入所施設
解除日	平成 年 月 日
備考	

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

1 施設名

\_\_\_\_\_

2 金額

円

\_\_\_\_\_

3 申請内容

別添一覧表のとおり

## 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：  
\_\_\_\_\_

≪記載例≫	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	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
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
	5,329円	1,950円	1,600円	8,879円		
1	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
2	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
3	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
4	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	

&lt;添付資料&gt;

※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

## 【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： \_\_\_\_\_

≪記載例≫	利用者氏名	住 所		生年月日	障害支援区分	利用期間
	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
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	備 考	
	5,329円	1,950円	1,600円	8,879円		
1	利用者氏名	住 所		生年月日	障害支援区分	利用期間
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	備 考	
2	利用者氏名	住 所		生年月日	障害支援区分	利用期間
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	備 考	
3	利用者氏名	住 所		生年月日	障害支援区分	利用期間
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	備 考	
4	利用者氏名	住 所		生年月日	障害支援区分	利用期間
	障害福祉サービス費	食費	その他	合計	備 考	

&lt;添付資料&gt;

※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

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		2	7	2	1	1	2
			被保険者番号							
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										
<p>(申請先) 茨 木 市 長</p> <p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>氏名</p>										

市記入欄

交付年月日	備 考
年 月 日	(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。

フリガナ				被保険者番号	0	0	0													
被保険者氏名	⑩			個人番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男 ・ 女														
住所	連絡先																			
入所(院)した介護保険施設の所在地及び名称(※)	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。															

配偶者の有無	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」については、記入は不要です。																		
配偶者に関する事項	フリガナ																			
	氏名																			
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	個人番号														
	住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同一の場合はチェック																		
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)	連絡先																		
	課税状況(該当するものに○)	市町村民税	課税	・	非課税															

**※平成28年1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。**

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。																
申請者住所		連絡先(自宅・勤務先)																

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	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
	<input type="checkbox"/>	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 <b>年額80万円以下です。</b> ※ 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。
	<input type="checkbox"/>	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 <b>年額80万円を超えます。</b>

※裏面も記入してください。



預貯金等に関する申告 (預貯金等の種類及び金額を記入してください)	<input type="checkbox"/>	本人並びに配偶者の預貯金等の資産の合計額が2,000万円(配偶者がいない場合は1,000万円)以下です。預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおりです。		
	預貯金	名義	金融機関名等	金額
				円
				円
				円
	有価証券 (評価概算額)	名義	種類	金額
				円
				円
				円
	その他	名義	種類	金額
				円
				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ヶ月前まで)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 印

<配偶者>

住所

氏名 印