（様式第１号）

文書番号

　　　年　　月　日

　福岡県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市　町　村　長　名

福岡県災害派遣福祉チームの派遣要請について

　　　年　月　日に発生した（災　害　名）に関して、福岡県災害派遣福祉チーム設置運営要領第６条第２項に基づき、下記のとおり要請します。

記

１　派遣先情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | 派遣先 | 所在地 | 備考（避難者数） |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
|  |  |  |  |

２　派遣規模（想定）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 派遣期間 | | | 備考  （必要とされる職種等） |
| ① |  | ～ |  |  |
| ② |  | ～ |  |  |
|  |  | ～ |  |  |

（様式第２号）

福総第　　　　号

　　　年　　月　日

　社会福祉法人福岡県社会福祉協議会長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福　岡　県　知　事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （福 祉 労 働 部）

福岡県災害派遣福祉チームの派遣要請について

　　　年　月　日に発生した（災　害　名）に関して、福岡県災害派遣福祉チーム設置運営要領第８条第１項に基づき、下記のとおり依頼します。

記

１　支援を要する市町村

|  |  |
| --- | --- |
| 市町村 | 当該市町村からの派遣要請 |
|  | あり　　なし |
|  | あり　　なし |
|  | あり　　なし |

２　派遣先情報

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | 市町村 | 派遣先 | 所在地 | 備考（避難者数等） |
| ① |  |  |  |  |
| ② |  |  |  |  |
| ③ |  |  |  |  |

３　派遣規模（想定）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 派遣期間 | | | 備考（必要とされる職種等） |
| ① |  | ～ |  |  |
| ② |  | ～ |  |  |
| ③ |  | ～ |  |  |

（様式第３号）

文書番号

　　　年　　月　日

　市　町　村　長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福 岡 県 知 事

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （福 祉 労 働 部）

福岡県災害派遣福祉チームの派遣要請について

　　　年　月　日に発生した（災　害　名）に関して、福岡県災害派遣福祉チーム設置運営要領第８条第３項に基づき、下記のとおり決定したので報告します。

記

１　派遣先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整理番号 | 派遣先 | 所在地 |
| ① |  |  |
| ② |  |  |
| ③ |  |  |

２　派遣内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 派遣期間 | | | 派遣するチームの構成 | |
| 人数 | 職種構成 |
| ① |  | ～ |  | 名 |  |
| ② |  | ～ |  | 名 |  |
| ③ |  | ～ |  | 名 |  |

（様式第４号）

福岡県災害派遣福祉チーム 活動日報（　月　日分）

１　基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣先 | （市町村名　　　　　） |
| 派遣期間 | 年　月　日～　　年　月　日（第　次派遣） |
| 作成者 |  |

２　報告事項

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 内容 |
| 活動場所の  状況 |  |
| 当該チームの活動状況 |  |
| 他の支援  チーム等の  活動状況 |  |
| その他 |  |

　※各項目について簡潔に、箇条書きで記載。

**（報告先）**福岡県社会福祉協議会

MAIL：[shisetsu@fuku-shakyo.jp](javascript:Pop4Ajax('/cgi-bin/ajax_mailer.cgi?html=editor&richtext=1&external=1&url=2f6367692d62696e2f616a785f6d615f6e65772e6367693f70726f633d656d61696c26656d61696c3d37333638363937333635373437333735343036363735366237353264373336383631366237393666326536613730',%20'856',%20'656');)

FAX：０９２－５８４－３３６９

TEL：０９２－５８４－３３７７

（様式第５号）

　　年　　月　　日

福岡県災害派遣福祉チーム　活動報告兼引継書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣先 | （市町村名） | | | （施設名）○○小学校体育館　等 | | | | | | | | | | |
| 派遣期間 | 年　　月　　日（　）～　　年　　月　　日（　）　（　　日間、第　次派遣） | | | | | | | | | | | | | |
| チーム  構成 |  | 氏名 | | | 職種・保有資格等 | | | | 所属法人・団体名 | | | | | |
| １ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| ２ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| ３ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| ４ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| ５ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| ６ |  | | |  | | | |  | | | | | |
| 活動場所の概要 | 避難者数 | | うち要配慮者 | | | 高齢 | 身体 | 知的 | | 精神 | 乳幼児 | 妊産婦 | 児童 | その他 |
| 名 | | 名 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 避難所運営 | | | | | 福祉避難室（スペース）設置の有無 | | | | | | | | |
| 行政or避難者orその他 | | | | | あり or なしo r 不明　　／　（利用者／利用可能） | | | | | | | | |
| 他チーム等の支援 | | | | | （他チーム等の支援があればチーム名） | | | | | | | | |
| あり or なしo r 不明 | | | | |  | | | | | | | | |
| 他チーム等との連絡会議の開催状況 | | | | | | | | | | | | | |
| 頻度（定期 or 随時 or なし）、場所（　　　　　　　）、主体（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 活動概要 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 引継  （懸案）事項 |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支出記録 |  | 日時 | 支出内容 | 単価  （円） | 数量  (単位も記載) | 支出額（円） | 支払者名 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| **上記の支出記録に対応する領収書等をこのスペースに貼り付けること。** | | | | | | | |

（様式第６号）

　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

事 故 報 告 書

　福岡県災害派遣福祉チーム設置運営要領第１１条の規定により、下記のとおり報告します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 報告者 | （よみ）  氏名 | |  | 所属団体 |  | | | |
| 連絡先 | |  | 事故当事者との関係 | | |  | |
| 事故  当時者 | （よみ）  氏名 | |  | 所属団体 |  | | | |
| 住所 | |  | | | | | |
| 連絡先 | |  | | | | | |
| 派遣  内容 | 派遣先 | 市町村名：  避難所の名称：  （第　次派遣） | | | | 派遣期間 | | 年　　月　　日  　　　　～  　　年　　月　　日 |
| 事故  概要 | 発生日 | 年　　月　　日  　　時　　分頃 | | 発生場所 |  | | | |
| 内容 |  | | | | | | |
| 保険  内容 | 想定される保険の種類（該当するものに〇を記入） | | | | | | | |
|  | 死亡・後遺障害 | | | | | | |
|  | 入院・通院 | | | | | | |
|  | 賠償責任 | | | | | | |
|  | 携行品損害 | | | | | | |