

# 災害被害状況報告書

## 記載例(震度5弱以下の地震・その他の災害)

平成 X年 X月 X日発生 地震・その他(台風〇号)

第 1 報

【送付先】 柏市法人指導課  
FAX 04-7162-0585  
E-mail info-hjns@city.kashiwa.chiba.jp

被害があった場合のみ、報告してください。

被害無し

被害有り

- ・柏市で震度5強以上の地震が発生した場合は、地震発生後1時間を目安に状況を報告してください。被害が無い場合も必ず報告してください
- ・震度5弱以下の地震及びその他の災害の場合は、被害(軽微な物的被害を除く)が発生した場合のみ報告してください
- ・第1報の報告後、状況又は被害に変化があった場合は、再度市に報告してください

1	連絡日時	平成 X年 X月 X日( X ) X時 X分								
2	設置者(法人名)	柏〇〇株式会社								
3	事業所の種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(地域密着型含む) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅			<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護・地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護					
4	事業所名称	柏〇〇サービス								
5	事業所番号	1	2	X	X	X	X	X	X	X
6	事業所所在地	柏市 柏〇-〇-1								
7	連絡担当者名	柏 太郎								
8	連絡のつく電話番号等	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
9	人的被害	利用者	災害発生時の人数	死者	重傷者	軽傷者	不明	重傷者: 医療機関に搬送が必要な者 軽傷者: 重傷者以外の負傷者		
		職員	10人	0人	0人	0人	2人			
10	物的被害	無・有	被害状況	強風により、事業所の窓ガラスの大半が破損			【報告が必要な物的被害】 ・断水、停電等の施設運営に重大な影響を及ぼすもの			
11	ライフラインの状況	電気	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )			・被害額が概ね10万円以上のもの。(「壁にひびが入った」「ドアが閉まらなくなった」「複数の窓ガラスが割れた」「屋根瓦の脱落による雨漏り」など)			
		ガス	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )						
		水道	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )						
12	業務継続の可否	可・不可	不可の理由	<input type="checkbox"/> 従業者が確保できないため <input checked="" type="checkbox"/> 建物・設備の損壊のため <input type="checkbox"/> その他( )						
13	物資の状況	飲料水	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		医薬品	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		
		食料	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		介護用品	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		
14	他施設等からの利用者の受入可否	<input type="checkbox"/> 可能 <input checked="" type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 現時点で不明	受入可能人数: 受入の条件:							
15	その他の連絡事項	〇〇地区に送迎中の利用者2名及び職員の1名の安否が確認できていない。						状況又は被害に変化があった場合は、再度、市に報告してください。		

※ 災害に備え、この様式の2~6の項目をあらかじめ記載し、事業所内で保管してください。

※ 事業所の運営に必要な物資(最低3日分)を、事業所において備蓄してください。

# 災害被害状況報告書

記載例(震度5強以上の地震)

第 1 報

平成 X年 X月 X日発生(地震・その他)

【送付先】 柏市法人指導課  
FAX 04-7164-3917  
E-mail info-hjns@city.kashiwa.chiba.jp

震度5強以上の地震の場合は、被害が無い場合であっても報告してください。

被害無し	被害有り
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- ・柏市で震度5強以上の地震が発生した場合は、地震発生後1時間を目安に状況を報告してください。被害が無い場合も必ず報告してください
- ・震度5弱以下の地震及びその他の災害の場合は、被害(軽微な物的被害を除く)が発生した場合のみ報告してください
- ・第1報の報告後、状況又は被害に変化があった場合は、再度市に報告してください

1	連絡日時	平成 X年 X月 X日(X) X時 X分								
2	設置者(法人名)	柏〇〇株式会社								
3	事業所の種別	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(地域密着型含む) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅			<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護・地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護					
4	事業所名称	柏〇〇サービス								
5	事業所番号	1	2	X	X	X	X	X	X	X
6	事業所所在地	柏市 柏〇-〇-1								
7	連絡担当者名	柏 太郎								
8	連絡のつく電話番号等	090-〇〇〇〇-〇〇〇〇								
9	人的被害		災害発生時の人数	死者	重傷者	軽傷者	不明	重傷者: 医療機関に搬送が必要な者 軽傷者: 重傷者以外の負傷者		
		利用者	10人	人	人	人	人			
	職員	5人	人	人	人	人				
10	物的被害	無・有		被害状況						
11	ライフラインの状況	電気	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )						
		ガス	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )						
		水道	<input checked="" type="checkbox"/> 使用可能	<input type="checkbox"/> 使用不可能 対応状況( )						
12	業務継続の可否	可・不可 現時点で不明		不可の理由		<input type="checkbox"/> 従業者が確保できないため <input type="checkbox"/> 建物・設備の損壊のため <input type="checkbox"/> その他( )				
13	物資の状況	飲料水	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		医薬品	<input type="checkbox"/> 充足 <input checked="" type="checkbox"/> 不足			
		食料	<input checked="" type="checkbox"/> 充足	<input type="checkbox"/> 不足		介護用品	<input checked="" type="checkbox"/> 充足 <input type="checkbox"/> 不足			
14	他施設等からの利用者の受入可否	<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 現時点で不明		受入可能人数: 3人 受入の条件: 9時から18時までの時間帯で受入可能。ただし、医行為の対応はできません。						
15	その他の連絡事項	状況又は被害に変化があった場合は、再度、市に報告してください。								

※ 災害に備え、この様式の2~6の項目をあらかじめ記載し、事業所内で保管してください。

※ 事業所の運営に必要な物資(最低3日分)を、事業所において備蓄してください。