島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

年 月 日

火葬場設置者

火葬場被災状況等報告書(第 報)

災害等[

]による被災状況等を報告します。

火葬場名称										
点検日時	年		月	日	時		分			
	火葬炉本体		口無	□有	(程度:)
	火葬炉付帯設備	莆	口無	口有	(程度:)
被災状況	建屋		口無	口有	(程度:)
	進入路		□無	口有	(程度:)
	その他		口無	口有	(程度:)
	口支障なし	(最	大火葬	大火葬数:						
	□一部稼動	(最	大火葬	数:			体/	/日)		
	復旧見込	;	通常稼	動:	-	Ŧ		月	日	
火葬炉の使用	□不能	(最	大火葬	数:			体/	/日)		
			一部稼	動:	-	Ŧ		月	日	
	1友旧兄込	;	通常稼	動:	-	Ŧ		月	日	
	□不明 □調	1								
	通信手段の確保	呆	口支障なし							
			口支障)	
	職員の確保		口支障なし							
その他			口支障	うあり()
	復旧時の応援の	D	内容:							
	必要性									
	担当部課係									
>± 46 10 14 ±	職名•氏名									
連絡担当者	電話							(内線)	
	FAX									

③:[]には、災害等の具体的な内容を記載すること。

※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

年 月 日

〇〇市町村長(担当:〇〇課)

広域火葬応援要請書(第 報)

災害等[]により、当市・町・村内において多数の死亡者が発生しましたので、広域火葬応援を要請します。

	□市町村内全域				
災害等の	□一部地域				
発生場所					
	※感染症大流行の	場合、市町村内全域に	チェック	を入れること。	
	月 日 時期	現在の合計数	内訳	①大人:	人
死亡者数				②小人:	人
(災害等以外の		人		③胎児:	人
死亡者を含む。)				④不明:	人
	(前回報告比増加数	汝 : 人)			
	月 日 時期	現在の合計数	内訳	①大人:	人
	広域火葬応援要請	遺体数		②小人:	人
cht .l. # 죠		人		③胎児:	人
広域火葬の				④不明:	人
応援要請事項	(前回報告比増加数	女: 人)			
	その他の事項				
	担当部課係				
\± 40 10 \\ \ \ \	職名•氏名				
連絡担当者 	電話			(内線)	
	FAX				

- 倒1:[]には、災害等の具体的な内容を記載すること。
- 働2:広域火葬応援要請遺体数は、前回要請時の遺体数に新たに判明又は発生した広域火葬が必要な遺体数を加え、前回の要請により既に広域火葬が行われた又は予定されている遺体数を減じた数とすること。
- 母3:小人は、12歳未満の子どもとすること。
- ※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

火葬場設置者 様

年 月 日

島根県健康福祉部長 (薬事衛生課)

広域火葬協力依頼書(第 報)

災害等[

]により、多数の死亡者が発生し、広域火葬を実施する

こととしましたので御協力をお願いします。

ついては、貴火葬場において可能な協力内容について回答してください。

火葬応援を要す					
る被災市町村名	│ │※第2報以降、再度	を応援要請を行う市町	村は△印	、新たに応援要詞	請を行
	う市町村は〇印を作	寸ける。			
	月 日 時期	現在合計遺体数			
		体			
火葬応援要請の	(前回依頼比増加数	效: 体)			
内容	うち火葬応援要請追	遺体	内訳	①大人:	体
		体		②小人:	体
				③胎児:	体
	(前回報告比増加数	数: 体)		④不明:	体
備考					
		T			
	 担当部課係	※連絡先 島根県健			
		薬事・営	業指導グ	ループ	
│ │連絡担当者	職名•氏名				
(A)	電話	0852-22-6529			
	FAX	0852-22-6041			
	Mail	yakuji@pref.shimane.	lg.jp		

倒1:[]には、災害等の具体的な内容を記載すること。

母2:小人は、12歳未満の子どもとすること。

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

年 月 日

火葬場設置者

広域火葬協力回答書

年 月 日付け(第 報)をもって依頼のあったこのことについて、次のとおり回答します。

広域火葬への協力	□可能	□不	 可能				
について		(今後の)協力の可能性:)
火葬場名称及び所在地							
最寄のヘリポート名称			最寄	の港名			
	月	日()	時~ 昨	寺 体	時~	時	体
	月	日()	時~ 昨	寺 体	時~	時	体
	月	日()	時~ 昨	寺 体	時~	時	体
	月	日()	時~ 昨	寺 体	時~	時	体
	月	日()	時~ 昨	寺 体	時~	時	体
│ │受入可能遺体数	月	日()	時~ 田	寺 体	時~	時	体
文八刊配退件数	上記期	間以降の火	葬受入	□可能	□不可能	□検討□	中
	最寄のケ	いれ [°] ート等か	らの	口有	□無	□検討	中
	搬送の7	ための車両	配備				
	最寄の	いポート等に	おける	□有	□無	□検討	中
	棺運搬	等要員					
	火葬場[内における	棺運搬等要員	□有	口無	□検討	中
	□可能	□不可能	□検討中				
	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
火葬要員派遣可能人数	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
	月	日()	時~ 日	诗 人	時~	時	人
その他の可能な協力内容							
	担当部語	課係					
	かった て	7					
上 古	職名・氏	;名					
連絡担当者 	電話	:名			(内線)		

※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課

電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

年 月 日

〇〇市町村長 様 (担当:〇〇課)

島根県健康福祉部長 (薬事衛生課)

応援火葬場割振通知書(被災市町村用)

年 月 日付けで要請の広域火葬について、別添のとおり応援火葬場を割り振りました ので通知します。

なお、詳細については、別途当該火葬場と直接協議、調整されるようお願いします。

記

〇添付書類: 応援火葬場割振(計画)表 枚(No. ~)
(年 月 日 時現在)

	担当部課係	※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課
		薬事・営業指導グループ
本奴 42 平	職名·氏名	
連絡担当者	電話	0852-22-6529
	FAX	0852-22-6041
	Mail	yakuji@pref.shimane.lg.jp

年 月 日

火葬場設置者 様

島根県健康福祉部長 (薬事衛生課)

応援火葬場割振通知書(応援火葬場用)

年 月 日付けの広域火葬協力回答書に基づき、別添のとおり割り振りましたので 御協力をお願いします。

なお、詳細については、別途被災市町村から直接協議、調整連絡があります。

記

〇添付書類: 応援火葬場割振(計画)表 枚(No. ~)
(年 月 日 時現在)

連絡担当者	担当部課係	※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 薬事・営業指導グループ
	職名•氏名	
	電話	0852-22-6529
	FAX	0852-22-6041
	Mail	yakuji@pref.shimane.lg.jp

年 月 日

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

火葬場設置者

火葬要員及び燃料・資機材の手配要請書(第 報)

このことについて、次のとおり火葬要員(燃料・資機材)の手配を要請します。

火葬場の名称及び原	斤在地											
1 火葬要員派遣要請の内容												
派遣要請要員数	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
	月	日()	時~	時	人	時~	時	人			
派遣要請理由	□職員のネ	皮災										
	□時間延長	長稼動の	のた	めの人員確保								
	口その他()				
派遣要請要員の	※具体的に	こ記載										
職務内容												
,	•											

2 必要な燃料・資機材の内訳

種	類	数	量	備考(期限等)
	担当部課係			
連絡担当者	職名·氏名			
建附担 1	電話			(内線)
	FAX			

※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

年 月 日

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

〇〇市町村長 (担当課:〇〇課)

遺体保存用資機材及び遺体搬送応援手配要請書(第 報)

このことについて、次のとおり遺体保存用資機材(遺体搬送応援)の手配を要請します。

1 必要とする遺体保存用資機材の内容

種類	数量	備考(期限等)

2 必要とする遺体搬送応援の内容

= 25 X C 7 UZITI												
遺体安	置所及び搬送先]	搬送応援要請遺体	数	内訳							
遺体安置所の名称・	所在地			体	①大人:	体						
					②小人:	体						
搬送先の名称・所在	地		前回要請比増加数:)	③胎児:	体						
				体	④不明:	体						
				体	①大人:	体						
				_	②小人:	体						
			前回要請比増加数:		③胎児:	体						
				体	4 不明:	体						
				体	①大人:	体						
				_	②小人:	体						
			前回要請比増加数:)	③胎児:	体						
				体	4 不明:	体						
				体	①大人:	体						
				_	②小人:	体						
			前回要請比増加数:		③胎児:	体						
				体	4 不明:	体						
	担当部課係											
 連絡担当者	職名·氏名											
建附担当日	電話		泉)									
	FAX											
A 140以上15元=+141			1 - +< 1 dolan 1 - 36 -									

③:搬送応援要請遺体数は、前回要請時の遺体数に新たに判明又は発生した搬送が必要な遺体数を加え、前回の要請により既に搬送が行われた又は予定されている遺体数を減じた数とすること。

※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

年 月 日

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

火葬場設置者

火葬実施日報 (広域火葬分)

年 月 日に行った広域火葬の実施状況を次のとおり報告します。

火葬場の名称		1 21-1	4-20	7 () (- 110	,,,,,,,		() (00 /	<u> </u>	004	, 0				
及び所在地																	
及び別在地	<u> </u> 	hn	-1			ĺ	<i>,,,</i> , ,,	tete i	- 1 7				// -	/-/- 141			
被災市町村1		総	計						こよる			災害等以外の死亡					
		体(体)				体(体)	体(体)				体)	
市町村名		内	訳			内 訳							内	訴	1		
	大人	小人		. 胎児			人 小人 月		胎	児	大人		小人		胎	児	
	体		体		体		体		体		体		体		体		体
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
被災市町村2		総	計				災害	等(こよる	死τ	-	3	災害	等以	外の	死τ	_
秋火川川川 竹 乙		体(体)						体(体)			体	k (体)
市町村名	内 訳					内 訳					内 訳						
	大人	小人		胎	児	大	:人	/]	八	胎	児	大	:人	小	人	胎	児
	体		体		体		体		体		体		体		体		体
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
被災市町村3		総	計			災害等による死亡				3	災害	等以	外の	死T	<u>-</u>		
大阪火川川川竹ら		体(体)				体(体)			体	ķ (体)
市町村名		内	訳					内	訴	5		内 訳					
	大人	小人		胎	児	大	:人	/]	人	胎	児	大	人	小	人	胎	児
	体		体		体		体		体		体		体		体		体
	()	()	()	()	()	()	()	()	()
その他の																	
応援事項等																	
	担当部部	果係															
│ │ 報告担当者	職名·氏	職名·氏名															
	電話										(内約	泉)					
	FAX																

- 母1:広域火葬によらないものは、別記第8号様式の2により報告すること。
- (型2:総計及び内訳欄の()には、累計の数を記載すること。
- 母3:小人は、12歳未満の者とすること。
- 働4:死亡原因が災害等か否かを区別できない遺体については、「災害等による死亡」として計上すること。
- ※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

年 月 日

島根県健康福祉部長 様 (薬事衛生課)

火葬場設置者

火葬実施日報 (広域火葬以外)

年 月 日に行った火葬の実施状況を次のとおり報告します。

+	<u>, 1151</u>	1 21-2	\ 			7 C 03 7 +	K II U A S	, 0				
火葬場の名称												
及び所在地												
///		総	計		災害	等による	死亡	災害	等以外の	死亡		
│被災市町村1		体(1	体)		体(体)		体)			
市町村名		内	訳			内 訴	5		内 訴	<u> </u>		
	大人	小人		胎児	大人 小人		胎児	大人	小人	胎児		
	体	1	体	体	体	体	体	体	体	体		
	()	() (()	()	()	()	()	()	()		
₩₩±₩₩		総	計		災害	等による	死亡	災害	等以外の)死亡		
被災市町村2		体(1	体)		体(体)		体(体)		
市町村名		内	訳			内 訴	5	内 訳				
	大人	小人		胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児		
	体		体	体	体	体	体	体	体	体		
	()	() (()	()	()	()	()	()	()		
++···· +- m- ++ o		総	計		災害	等による	死亡	災害	等以外σ)死亡		
被災市町村3		体(1	体)		体(体)		体(体)		
市町村名		内	訳			内 訴	5	内 訳				
	大人	小人		胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児		
	体		体	体	体	体	体	体	体	体		
	()	() (()	()	()	()	()	()	()		
その他の												
事項等												
	担当部部	果係										
│ │報告担当者	職名·氏	名										
+x ロ ユニ = 1	電話						(内糸	泉)				
	FAX											

- ③1:広域火葬によるものは、別記第8号様式の1により報告すること。
- 母2:総計及び内訳欄の()には、累計の数を記載すること。
- 母3:小人は、12歳未満の者とすること。
- 倒4: 死亡原因が災害等か否かを区別できない遺体については、「災害等による死亡」として計上すること。
- ※連絡先 島根県健康福祉部薬事衛生課 電話:0852-22-6529 FAX:0852-22-6041

応援火葬場割振(計画)表

年 月 日 時現在 No. 担当部課係 応援火葬場 担当部課係 最寄の ヘリホ゜ート等 ヘリホ゜ート等 火葬場内 受入可能日時及び遺体数 遺体搬入 左記月日 担当者及び の名称及び 担当者及び ヘリホ゜ート・ (午前・午後の対応の場合は、 からの搬送 での棺運 での棺運 被災市町村名 以降の受入 電話•FAX 車両配備 所在地 雷話•FAX 港名 2 段書き) 搬等要員 搬等要員 時~ 時 体 □可能 □可能 月 日 □可能 □可能 月 В 時~ 時 月 体 □不可能 □不可能 □不可能 □不可能 \Box 時~ 時 電話 電話 月 日 時~ 時 月 FAX FAX 体 口検討中 口検討中 □検討中 □検討中 日 時~ 時 月 日 時~ 時 体 □可能 □可能 □可能 □可能 月 日 時~ 時 体 2 月 日 時~ 時 体 □不可能 □不可能 □不可能 □不可能 電話 電話 月 日 時~ 時 体 FAX FAX 月 日 時 □検討中 口検討中 口検討中 口検討中 時~ □可能 □可能 □可能 月 日 時~ 時 体 □可能 月 日 時~ 時 体 3 月 日 時~ 時 □不可能 □不可能 □不可能 □不可能 電話 電話 月 時 \Box FAX FAX 月 □検討中 口検討中 □検討中 □検討中 日 時~ 時 月 日 体 □可能 □可能 □可能 □可能 時~ 時 月 日 時~ 時 月 体 □不可能 □不可能 日 時~ 時 □不可能 □不可能 月 電話 電話 \Box 時~ 時 FAX FAX 月 □検討中 □検討中 □検討中 □検討中 日 時~ 時 月 体 □可能 □可能 □可能 □可能 \Box 時~ 時 月 日 時~ 時 体 月 5 日 時~ 時 体 □不可能 □不可能 □不可能 □不可能 電話 電話 月 日 時~ 時 FAX FAX 月 日 時~ 時 □検討中 □検討中 □検討中 □検討中

【参考様式】※第5号様式の1「応援火葬場割振通知書」を受け、被災市町村が広域火葬協力 火葬場と詳細を協議、調整する場合の参考にしてください。

(災害)緊急

年 月 日

火葬場設置者 様

〇〇市町村長(担当:〇〇課)

広域火葬協力依頼書(第 報)

年 月 日付けで島根県健康福祉部長から通知のあった広域火葬について、次のとおり 御協力をお願いします。

協力を依頼する				
火葬場の名称				
番号	1	2	3	4
火葬実施日	月日	月日	月日	月日
到着予定時刻	時 分	時 分	時 分	時 分
火葬開始時刻	時 分~	時 分~	時 分~	時 分~
氏名等				
住所				
性別	男·女	男·女	男·女	男∙女
区分	大人·小人	大人·小人	大人·小人	大人·小人
	胎児•不明	胎児·不明	胎児·不明	胎児·不明
死亡原因	災害等・その他	災害等・その他	災害等・その他	災害等・その他
死亡届出	済∙未	済∙未	済·未	済∙未
火葬許可証	有∙無	有·無	有·無	有∙無
死亡診断書等	有∙無	有∙無	有·無	有∙無
遺体搬送方法	車両・ヘリ・船舶	車両・ヘリ・船舶	車両・ヘリ・船舶	車両・ヘリ・船舶
搬送職員数	人	人	人	人
及び責任者名				
同行遺族人数	人	人	人	人
持参品	骨壷・骨箱・その	骨壷・骨箱・その	骨壷・骨箱・その	骨壷・骨箱・その
	他()	他()	他()	他()
その他				
連絡事項				
	担当部課係			

②:死亡者の身元が不明の場合、氏名欄には遺体安置所における識別番号等を記入している。

(内線)

職名·氏名

電話

FAX

連絡担当者



