

様式 1

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

(火葬場設置者)

火葬場被害状況報告書 (第 報)

年 月 日 時 分に発生した災害 () による被害状況を報告します。

火葬場名			
被害状況 確認日時	年	月	日 () 時 分
被災状況	火葬炉本体	<input type="checkbox"/> 有 (程度:)	<input type="checkbox"/> 無
	火葬炉付帯設備	<input type="checkbox"/> 有 (程度:)	<input type="checkbox"/> 無
	建屋	<input type="checkbox"/> 有 (程度:)	<input type="checkbox"/> 無
	進入路	<input type="checkbox"/> 有 (程度:)	<input type="checkbox"/> 無
	その他	<input type="checkbox"/> 有 (程度:)	<input type="checkbox"/> 無
火葬炉の使用	<input type="checkbox"/> 支障なし	(最大火葬数: 体/日)	
	<input type="checkbox"/> 一部稼働	(最大火葬数: 体/日)	
		通常稼働予定日:	年 月 日 時 (全機)
	<input type="checkbox"/> 不能	一部稼働予定日:	年 月 日 時 (機)
		通常稼働予定日:	年 月 日 時 (全機)
	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 調査中	
その他	通信手段の確保	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり ()
	職員の確保	<input type="checkbox"/> 支障なし	<input type="checkbox"/> 支障あり ()
	復旧時の応援の必要性 内容:		
報告担当者	担当部課名		
	職名・氏名		
	電話		
	F A X		
	電子メール		

連絡先: 福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話: 0 7 7 6 - 2 0 - 0 3 5 5 F A X: 0 7 7 6 - 2 0 - 0 6 3 0

メール: iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

福井県健康福祉部長 様

(火葬場設置者)

広域火葬応援依頼書 (第 報)

年 月 日 時 分に発生した災害 (災害等名称) により、本市町において多数の死亡者が発生し、火葬に係る広域応援必要がありますので、御協力をお願いします。

災害発生場所		<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 ()							
月 日 時現在 死亡者数 (人)	区分	a 前回報まで累計		b 今 回 報		a+b 合 計			
		内 災 害		内 災 害		内 災 害			
	大人								
	小人								
	胎児								
	不明								
計									
応 援 要 請 事 項	区分	c 前回報まで 累計		d 既広域火葬 済み		e 今回要請		c-d+e 合 計	
		内 災 害		内 災 害		内 災 害		内 災 害	
	大人								
	小人								
	胎児								
	不明								
計									
想定期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()								
その他	<input type="checkbox"/> 火葬要員 (人/日) <input type="checkbox"/> 作業要員 (人/日 : 作業内容) <input type="checkbox"/> 資機材 () <input type="checkbox"/> 搬送手段 () <input type="checkbox"/> その他 ()								
連 絡 調 整 担 当 者	所 属								
	職 名 ・ 氏 名								
	電 話								
	ファクシミリ								
	電 子 メール								

- (注) 1 「大人」は12才以上とし、「小人」は12才未満とする。
 2 「胎児」は4ヶ月以上の死胎とする。
 3 「不明」は判別できないものなど上記以外とする。

様式3

年 月 日

火葬場設置者 様
(県 部長)

福井県健康福祉部長

広域火葬応援依頼書 (第 報)

年 月 日 時 分に発生した災害(災害等名称)により、多数の死亡者が発生し、火葬に係る広域応援必要がありましたので、御協力をお願いします。

なお、御協力いただける内容を別紙「広域火葬応援回答書」(様式4)により御回答いただきますよう併せてお願いします。

災害発生場所		<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 ()								
月 日 時現在 死亡者数 (人)	区分	a 前回報まで累計		b 今 回 報		a+b 合 計				
		内 災 害		内 災 害		内 災 害				
	大人									
	小人									
	胎児									
	不明									
計										
応 援 要 請 事 項	広域 火葬 (体)	区分	c 前回報まで 累計		d 既広域火葬 済み		e 今回要請		c-d+e 合 計	
			内 災 害		内 災 害		内 災 害		内 災 害	
	大人									
	小人									
	胎児									
	不明									
計										
開始 希望日	年 月 日 応援開始希望									
その他	<input type="checkbox"/> 火葬要員 (人/日) <input type="checkbox"/> 作業要員 (人/日 : 作業内容) <input type="checkbox"/> 資機材 () <input type="checkbox"/> 搬送手段 () <input type="checkbox"/> その他 ()									
連 絡 調 整 担 当 者	所 属	福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課								
	職 名 ・ 氏 名									
	電 話	0 7 7 6 - 2 0 - 0 3 5 5								
	ファクシミリ	0 7 7 6 - 2 0 - 0 6 3 0								
電 子 メール	iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp									

- (注) 1 「大人」は12才以上とし、「小人」は12才未満とする。
 2 「胎児」は4ヶ月以上の死胎とする。
 3 「不明」は判別できないものなど上記以外とする。

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

火 葬 場 設 置 者
(県 部長)

広域火葬応援回答書

年 月 日付けをもって依頼のありましたことについて、次のとおり回答します。

1 広域火葬応援について

応援可能 ・ 応援不可能 です。(いずれかを記載)

なお、応援できる内容の詳細は、別紙「広域火葬応援(計画)表」のとおりです。

(応援可能の場合のみ)

(その他、資機材および火葬要員等の応援要請があった場合で、応援可能な場合は、その内容を記載する。)

2 今後の応援について (応援不可能の場合のみ)

総 括 連 絡 担 当 者	所 属	
	職 名 ・ 氏 名	
	電 話	
	ファクシミリ	
	電子メール	

年 月 日

() 市町長 様

福井県健康福祉部長

応援火葬場調整結果通知書（被災市町用）

年 月 日付けで要請のありました広域火葬について、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該当火葬場と直接協議・調整されるようお願いいたします。

記

○添付書類：応援火葬場割り振り（計画）表 枚
(No. ~)
(年 月 日 時現在)

連絡連絡 担当者	所 属	福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課
	職名・氏名	
	電 話	0776-20-0355
	ファクシミリ	0776-20-0630
	電子メール	iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

年 月 日

火葬場設置者 様
() 県 () 部長

福井県健康福祉部長

応援火葬場調整結果通知書（応援火葬場用）

年 月 日付け広域火葬応援回答書に基づき、別添のとおり被災市町および火葬場を割り振りましたのでご協力ください。

なお、詳細については、別途被災市町から各火葬場に直接協議・調整を行いますので、よろしくお願ひします。

記

○添付書類：応援火葬場割り振り（計画）表 枚
(No. ~)
(年 月 日 時現在)

連絡担当者	所属	福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課
	職名・氏名	
	電話	0776-20-0355
	ファクシミリ	0776-20-0630
	電子メール	iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

様式 6

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

() 市町長

遺体保存用資機材および遺体搬送応援手配要請書

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	その他（規格、期限および搬入場所等）

2. 必要とする遺体搬送応援の内容		
遺体安置所および搬送先	搬送応援要請遺体数	内 容
遺体安置所名称・所在地	体	① 大人： 体 ② 小人： 体 ③ 胎児： 体 ④ 不明： 体
搬送先名称・所在地	(前回要請比増加数) 体	
	体	① 大人： 体 ② 小人： 体 ③ 胎児： 体 ④ 不明： 体
	(前回要請比増加数) 体	
	体	① 大人： 体 ② 小人： 体 ③ 胎児： 体 ④ 不明： 体
	(前回要請比増加数) 体	
	体	① 大人： 体 ② 小人： 体 ③ 胎児： 体 ④ 不明： 体
	(前回要請比増加数) 体	
連絡担当者	担当部課名	
	職名・氏名	
	電話	
	F A X	
	電子メール	

注：搬送応援要請数は、養成時点での総数とし、前回要請時の数に新たに判明または発生した遺体のうち広域火葬が必要な数を加え、前回の要請により搬送されたまたは予定された数を減じた数とすること。

連絡先：福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話：0776-20-0355 F A X：0776-20-0630

メール：iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

様式 7 - 1

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

火 葬 場 設 置 者

広域火葬実施日報（応援火葬場用）

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。

火葬場名称および所在地									
広域火葬 依頼市町 1	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
広域火葬 依頼市町 2	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
広域火葬 依頼市町 3	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
その他の 応援事項等									
連絡担当者	担当部課名								
	職名・氏名								
	電話								
	F A X								
	電子メール								

注 1 : 総計および内訳欄の括弧内には、累計の数字を記入すること

注 2 : 小人は、12才未満の子供とすること。

注 3 : 死亡原因が災害か否かを区別できない遺体については、「災害による死亡」として計上すること。

連絡先：福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話：0776-20-0355 F A X：0776-20-0630

メール：iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

様式 7 - 2

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

火 葬 場 設 置 者

火葬実施日報（被災市町の火葬場）

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。

火葬場名称および所在地									
広域火葬 依頼市町 1	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
広域火葬 依頼市町 2	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
広域火葬 依頼市町 3	総 計			災害による死亡			災害以外の死亡		
	体 (累計 体)			体 (累計 体)			体 (累計 体)		
市町名	内 訳			内 訳			内 訳		
	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	体 ()								
その他の 応援事項等									
連絡担当者	担当部課名								
	職名・氏名								
	電話								
	F A X								
	電子メール								

注 1 : 総計および内訳欄の括弧内には、累計の数字を記入すること

注 2 : 小人は、12才未満の子供とすること。

注 3 : 死亡原因が災害か否かを区別できない遺体については、「災害による死亡」として計上すること。

注 4 : 広域火葬も実施した場合は、広域火葬分の報告を様式 7 - 1 により行う。

連絡先：福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話：0776-20-0355 F A X：0776-20-0630

メール：iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

() 市町長

広域火葬依頼実績報告書（被災市町用）

当市町からの応援火葬場への広域火葬依頼実績を次のとおり報告します。

火葬場名称および所在地									
火葬依頼 実績	月日・曜日	依頼数 (体)	内 訳						
			災害による死亡 (体)			災害以外の死亡 (体)			
			大人	小人	胎児	大人	小人	胎児	
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	合 計								
その他	ヘリポート等からの遺体搬送件数等： 件、 体								
	ヘリポート等における動員人数等：延 日、 人								
	その他 ()								
連絡担当者	担当部課名								
	職名・氏名								
	電話								
	F A X								
	電子メール								

注 1：本票は、依頼した火葬場ごとに作成すること。

注 2：小人は、12才未満の子供とすること。

注 3：死亡原因が災害か否かを区別できない遺体については、「災害による死亡」として計上すること。

連絡先：福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話：0776-20-0355 F A X：0776-20-0630

メール：iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

年 月 日

福井県健康福祉部長 様

火葬場設置者

_____市町分 火葬実績報告書

当火葬場において、_____市町から搬入された遺体の火葬実施状況等を次のとおり報告します。

火葬場名称および所在地									
火葬実績	月日・曜日	火葬 実績数 (体)	内 訳						
			災害による死亡 (体)			災害以外の死亡 (体)			
				大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	合計								
その他	ヘリポート等からの遺体搬送件数等： _____ 件、 _____ 体								
	ヘリポート等における動員人数等： 延 _____ 日、 _____ 人								
	被災火葬場への要員派遣日数等： 延 _____ 日、 _____ 人								
	その他 (_____)								
連絡担当者	担当部課名								
	職名・氏名								
	電話								
	F A X								
	電子メール								

注1：災害による遺体を火葬した火葬場は、本票により火葬実績を報告すること。

注2：小人は、12才未満の子供とすること。

注3：死亡原因が災害か否かを区別できない遺体については、「災害による死亡」として計上すること。

連絡先：福井県健康福祉部健康医療局医薬食品・衛生課

電 話：0776-20-0355 F A X：0776-20-0630

メール：iyakushokuei@pref.fukui.lg.jp

(参考)

様式A (要請自治体→県内応援火葬場)

〇〇〇第 号
年 月 日

火葬場設置者 様

() 市町長

災害発生時における火葬の応援協力要請について (依頼)

災害発生時における火葬の応援協力について下記のとおり要請します。

記

- 協力応援火葬場の名称
〇〇斎場
- 搬送日時
〇〇年〇月〇日 〇〇時
- 搬送遺体数
大人 〇〇体
小人 〇〇体
胎児 〇〇体
合計 〇〇体
- その他

担当
電話
メール

(参考)
様式B (要請自治体→協力県応援火葬場)

〇〇〇第 号
年 月 日

火葬場設置者 様

福井県 () 市町長

災害発生時における火葬の応援協力要請について (依頼)

災害発生時における火葬の応援協力について下記のとおり要請します。

記

1 協力応援火葬場の名称

〇〇斎場

2 搬送日時

〇〇年〇月〇日 〇〇時

3 搬送遺体数

大人 〇〇体

小人 〇〇体

胎児 〇〇体

合計 〇〇体

4 その他

担当
電話
メール

(参考)
様式C (要請自治体→他の都道府県応援火葬場)

〇〇〇第 号
年 月 日

火葬場設置者 様

福井県 () 市町長

災害発生時における火葬の応援協力要請について (依頼)

災害発生時における火葬の応援協力について下記のとおり要請します。

記

1 協力応援火葬場の名称

〇〇斎場

2 搬送日時

〇〇年〇月〇日 〇〇時

3 搬送遺体数

大人 〇〇体

小人 〇〇体

胎児 〇〇体

合計 〇〇体

4 その他

担当
電話
メール