

別紙様式1

災害緊急

 転送 保健所 → 食品衛生課

〇〇保健所長 様

〇〇市町村長

火葬場被災状況等報告書（第 報）

災害（災害の名称）による被災状況等を次のとおり報告します。

火葬場の名称			
点 検 日 時	年 月 日	午前・午後	時
被 害 状 況	火 葬 炉 本 体	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況	）
	火葬炉付帯設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況	）
	建 屋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況	）
	進 入 路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況	）
	そ の 他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（状況	）
火葬炉の使用	通常どおり稼働	炉（最大火葬数	体/日）
	一 部 稼 働	炉（最大火葬数	体/日）
	要 修 理 後 稼 働	炉（復旧見込み	年 月 日）
	修 理 不 能	炉（復旧見込み	年 月 日）
その他の支障	通信手段の確保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	）
	職 員 の 確 保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（	）

管内死者数	人（ 月 日現在）	応援の必要性（見込み）	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------	-----------	-------------	---

連絡担当者	担 当 部 課 係	
	職 氏 名	
	電 話	
	F A X	

別紙様式3

災害緊急

<input type="checkbox"/> 送信	食品衛生課 →	保健所
<input type="checkbox"/> 送信	保健所 →	市町村

〇〇市町村長 様

北海道保健福祉部長

〇〇保健所長

広域火葬協力依頼書（第 報）

災害（災害の名称）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、ご協力をお願いします。

つきましては、貴管内の火葬場において可能な協力内容について回答をお願いします。

応援を要する被災市町村名					
火葬応援依頼 遺体数（体） （ ）は災害の内数	区分	c 前回までの累計	d 広域火葬済	e 今回要請	c-d+e 合計
	大人	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
	小人	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
	胎児	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
	不明	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）
	計	（ ）	（ ）	（ ）	（ ）

「大人」は12歳以上とし、「小人」は12歳未満とする。

応援を要する火葬場	火葬場名 所在地					
火葬要員 手配依頼	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

連絡担当者	担当部課係	健康安全局食品衛生課
	職 氏 名	
	電 話	
	F A X	

別紙様式4

災害緊急

厚生労働省医薬・生活衛生局生活衛生・食品安全部生活衛生課長 様

北海道保健福祉部長

広域火葬応援要請依頼書（第 報）

災害（災害の名称）により、広域火葬を実施しておりますが、さらなる応援が必要ですのでご協力をお願いします。

被災市町村名				
月 日	区分	a 前回までの累計	b 今回報	a+b 合計
時現在	大人	()	()	()
	小人	()	()	()
死亡者数(人)	胎児	()	()	()
	不明	()	()	()
()は災害の内数	計	()	()	()

<応援要請事項>

	区分	c 前回までの累計	d 広域火葬済	e 今回要請	c-d+e 合計
広域火葬 遺体数(体)	大人	()	()	()	()
	小人	()	()	()	()
()は災害の内数	胎児	()	()	()	()
	不明	()	()	()	()
内数	計	()	()	()	()
その他の事項					

「大人」は12歳以上とし、「小人」は12歳未満とする。

連絡担当者	担当部課係	
	職 氏 名	
	電 話	
	F A X	

別紙様式5

災害緊急

□転送 保健所 → 食品衛生課

〇〇保健所長 様

〇〇市町村長

広域火葬協力回答書（第 報）
 年 月 日付け（第 報）で依頼のありましたこのことについて、次のとおり回答します。

広域火葬の応援の可否	火葬受入・要員派遣・その他（ ）
------------	------------------

<応援可能な内容（火葬受入）>

応援可能火葬場	名称							
	所在地							
受入可能 遺体数	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
	月	日（ ）	時～	時	体	時～	時	体
上記期間以降の受入の可否			□可能		□不可能		□検討中	

<応援可能な内容（火葬要員派遣）>

応援先火葬場								
火葬要員 手配依頼	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

<応援可能な内容（その他）>

応援可能な内容

連絡担当者	担当部課係	
	職氏名	
	電話	
	F A X	

別紙様式6

災害緊急

<input type="checkbox"/> 送信	食品衛生課	→	保健所
<input type="checkbox"/> 送信	保健所	→	市町村

〇〇市町村長 様

北海道保健福祉部長

〇〇保健所長

応援火葬場割り振り通知書（被災市町村用）

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

なお、詳細については、別途当該市町村と直接協議、調整されるようお願いいたします。

記

1 応援火葬場割り振り（計画）表・・・別添のとおり

連絡担当者	担当部課係		健康安全局食品衛生課
	職 氏 名		
	電 話		
	F A X		

別紙様式7

災害緊急

<input type="checkbox"/> 送信	食品衛生課	→	保健所
<input type="checkbox"/> 送信	保健所	→	市町村

〇〇市町村長 様

北海道保健福祉部長

〇〇保健所長

応援火葬場割り振り通知書（応援火葬場用）

年 月 日付けで広域火葬協力回答書に基づき、別添のとおり割り振りしましたのでご協力を
 お願いします。

なお、詳細については、別途当該市町村と直接協議、調整されるようお願いします。

記

1 応援火葬場割り振り（計画）表・・・別添のとおり

連絡担当者	担当部課係		健康安全局食品衛生課
	職 氏 名		
	電 話		
	F A X		

応援火葬場割り振り（計画）表

年 月 日 現在 No.

遺体搬入 被災市町村	担当部課係 担当者及び 電話・FAX	応援火葬場の 名称・所在地	担当部課係 担当者及び 電話・FAX	受入可能日時及び遺体数	左記月日 以降の受入	被災火葬場 要員派遣	その他 応援可能 な内容
1	電話 FAX		電話 FAX	月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	[]	[]
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中		
				月 日 時～ 時 体			
				月 日 時～ 時 体			
2	電話 FAX		電話 FAX	月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	[]	[]
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中		
				月 日 時～ 時 体			
				月 日 時～ 時 体			
3	電話 FAX		電話 FAX	月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	[]	[]
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中		
				月 日 時～ 時 体			
				月 日 時～ 時 体			
4	電話 FAX		電話 FAX	月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	[]	[]
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中		
				月 日 時～ 時 体			
				月 日 時～ 時 体			
5	電話 FAX		電話 FAX	月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	[]	[]
				月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中		
				月 日 時～ 時 体			
				月 日 時～ 時 体			

別紙様式8

災害緊急

□転送 保健所 → 食品衛生

〇〇保健所長 様

〇〇市町村長

火葬要員及び燃料・資機材の手配要請書

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 及び所在地	
-----------------	--

炉のメーカー		炉の年式（型式）	
--------	--	----------	--

<火葬要員派遣要請の内容>

火葬要員 派遣要請数	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
派遣要請職員 の職務内容					

<必要な燃料・資機材の内訳>

種類	数量	備考（期限等）

連絡担当者	担当部課係	
	職 氏 名	
	電 話	
	F A X	

別紙様式9

災害緊急

□転送 保健所 → 食品衛生課

〇〇保健所長 様

〇〇市町村長

遺体保存用資機材及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。

＜必要とする遺体保存用資機材の内容＞

種類	数量	備考（期限及び搬入場所等）

＜必要とする遺体搬送応援の内容＞

遺体安置場所		搬送先		搬送応援要請遺体数	
名称	名称	大人	体	小人	体
所在地	所在地	胎児	体	不明	体
名称	名称	大人	体	小人	体
所在地	所在地	胎児	体	不明	体
名称	名称	大人	体	小人	体
所在地	所在地	胎児	体	不明	体
名称	名称	大人	体	小人	体
所在地	所在地	胎児	体	不明	体
名称	名称	大人	体	小人	体
所在地	所在地	胎児	体	不明	体

「大人」は12歳以上とし、「小人」は12歳未満とする。

連絡担当者	担当部課係	
	職氏名	
	電話	
	F A X	

別紙様式10

災害緊急

 転送 保健所 → 食品衛生課

〇〇保健所長 様

〇〇市町村長

広域火葬実施日報

年 月 日に行った被災市町村内から搬入された遺体の火葬実施状況は次のとおりです。

火葬場の名称 及び所在地	
-----------------	--

区分		災害	災害以外	計	その他の応援事項
被災市町村名1	大人	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	小人	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	胎児	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	不明	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
計	今回	体	体	体	
	累計	体	体	体	
被災市町村名2	大人	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	小人	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	胎児	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
	不明	今回	体	体	体
		累計	体	体	体
計	今回	体	体	体	
	累計	体	体	体	

「大人」は12歳以上とし、「小人」は12歳未満とする。

連絡担当者	担当部課係	
	職 氏 名	
	電 話	
	F A X	