

開設要請及び要援護者受入要請書

年 月 日

(施設名) 様

熊本市長

災害時における福祉避難所等の設置運営に関する協定書第3条の規定に基づき、福祉避難所等の開設等について下記のとおり要請します。

記

開設期間	年 月 日( ) ~ 年 月 日( ) ※開設の延長が必要な場合にあつては、協議のうえ延長を行うこととします
施設の種類	福祉避難所 ・ 緊急入所施設
備考	

要援護者等受入要請者名簿

氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
《身元引受人》	〈続柄〉	〈住所〉	〈緊急連絡先〉	
氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
《身元引受人》	〈続柄〉	〈住所〉	〈緊急連絡先〉	
氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
《身元引受人》	〈続柄〉	〈住所〉	〈緊急連絡先〉	

熊本市担当連絡先	課名:	担当者:	電話:
			FAX:

## 要援護者受入要請書(追加要請)

年 月 日

(施設名) 様

熊本市長

要援護者の受入れについて、下記のとおり追加要請します。

記

### 要援護者等受入要請者名簿

氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
〈身元引受人〉	〈続柄〉	〈住所〉		〈緊急連絡先〉
氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
〈身元引受人〉	〈続柄〉	〈住所〉		〈緊急連絡先〉
氏名	生年月日	年齢	性別	住所
	M T S H 年 月 日			
連絡先	〈心身の状況〉			
〈介護度〉	〈かかりつけの医療機関や服薬等〉			
〈身元引受人〉	〈続柄〉	〈住所〉		〈緊急連絡先〉

熊本市担当連絡先	課名:	担当者:	電話:
			FAX:



福祉避難所の設置運営に要した経費に関する届出書

施設名		
(1)生活相談員等に要する人件費		円
(2)入所者(要援護者)に要する食費		円
(3)その他設置運営等に要した費用		円
	項 目	金 額
		円
		円
		円
		円
		円
		円
	(1) + (2) + (3)	円

熊本市長 様

上記のとおり届出ます。

平成 年 月 日

所在地

施設名

代表者名

印

## 要援護者等受入リスト

施設名 \_\_\_\_\_ ( 福祉避難所 ・ 緊急入所施設 )

番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H	年 月 日				
	入所日	心身の状況					
	退所日	転出先				備考	
		[住所]		[電話]			
番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H	年 月 日				
	入所日	心身の状況					
	退所日	転出先				備考	
		[住所]		[電話]			
番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H	年 月 日				
	入所日	心身の状況					
	退所日	転出先				備考	
		[住所]		[電話]			
番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H	年 月 日				
	入所日	心身の状況					
	退所日	転出先				備考	
		[住所]		[電話]			
番号	氏名		生年月日	年齢	性別	住所	電話
		M T S H	年 月 日				
	入所日	心身の状況					
	退所日	転出先				備考	
		[住所]		[電話]			

## 移送要請書

年 月 日

(施設名) 様

熊本市長

災害時における要援護者等の移送を、下記のとおり要請いたします。

要援護者名	
身元引受人	氏名： 続柄：
	連絡先：
避難所名	
避難所住所	
現場担当職員	TEL：
移送希望日時	年 月 日 午前 午後 時 分

## 移送記録簿

【施設名】  

---

移送年月日	移送区間	距離	使用車両	移送者名 (要援護者)
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
年 月 日	～			
《 備 考 》				

## 食糧・物資等供給依頼票

**【施設名】**

TEL:

FAX:

**【依頼日時】**

年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

発信者氏名	
依頼物資等 品名・数量	
特記事項	

※熊本市使用欄

**【受信日時】**

年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

受信者氏名				
手配物資等 品名・数量	手	配	日	時 分
	月	日 ( )	午前・午後	時 分
	月	日 ( )	午前・午後	時 分
	月	日 ( )	午前・午後	時 分
	月	日 ( )	午前・午後	時 分
	月	日 ( )	午前・午後	時 分
特記事項				



## 食糧・物資等受払簿

【施設名】

受け入れ			払い出し						在庫数	
月 日	品 名	数量								
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							
			月 日							
			払い出し数							
			在庫数							

熊本市ボランティアセンター宛 FAX 359-1800

TEL 288-2749

所長

係

受付職員

## 福祉避難所等ボランティア依頼票

【依頼日時】 平成 年 月 日( ) 午前・午後 時 分

福祉避難所名 (住所・代表者名)	(〒 - )	TEL
		FAX
担当者名	部署名	緊急連絡先

※依頼内容は簡潔に(箇条書き)記入して下さい。

<input type="checkbox"/> ボランティア	(内訳) 男性 名 ・ 女性 名 ・ 計 名
【依頼内容】	
【活動日時】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )	
【活動時間】	
<input type="checkbox"/> 介護福祉士	(内訳) 男性 名 ・ 女性 名 ・ 計 名
【依頼内容】	
【活動日時】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )	
【活動時間】	
<input type="checkbox"/> 看護師	(内訳) 男性 名 ・ 女性 名 ・ 計 名
【依頼内容】	
【活動日時】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )	
【活動時間】	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	(内訳) 男性 名 ・ 女性 名 ・ 計 名
【依頼内容】	
【活動日時】 平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )	
【活動時間】	
依頼者による準備物	送迎(有・無) 昼食(有・無) 交通費(有・無) その他
ボランティアセンター回答期日	平成 年 月 日まで
特記事項	

## 福祉避難所等指定解除通知書

年 月 日

(施設名) 様

熊本市長

災害時における福祉避難所等の指定を下記のとおり解除します。

### 記

施設名	
施設の種類	福祉避難所 ・ 緊急入所施設
解除日	年 月 日
備考	

平成 年 月 日

## 緊急入所施設利用者負担分の費用に関する申請書

熊本市長 様

住 所

施 設 名

代表者名

印

緊急入所施設に入所した者の介護サービス費・食費・居住費等の自己負担分の費用について、下記のとおり申請いたします。

記

1 施 設 名

\_\_\_\_\_

2 金 額

円

\_\_\_\_\_

3 申請内容

別添一覧表のとおり

## 緊急入所施設利用者負担分の費用に関する利用状況一覧

施設名：  
\_\_\_\_\_

≪記載例≫	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	熊本 太郎	熊本市中央区手取本町1-1		S11.1.1	要介護4	平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
	18,000円	12,090円	25,420円	52,510円		
1	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
2	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
3	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	
4	利用者氏名	住 所		生年月日	介護度	利用期間
	介護サービス費	食費	居住費	合計	備 考	

&lt;添付資料&gt;

※利用者負担分の根拠となる入所施設が発行した利用者ごとの明細書の写し

※食費・居住費にかかる利用者ごとの「負担限度額認定書」の写し

※介護サービス費等の額の特例にかかる利用者ごとの「介護保険利用者負担額減額・免除認定証」の写し

## 介護保険サービス利用料減免申請書

次のとおり介護保険サービス利用料の減免を申請します。

		申請年月日	平成 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
申請者住所	〒 電話番号 ( ) -		

\* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記入不要

被 保 険 者	被保険者番号		要介護度	1・2・3・4・5・要支援
	フリガナ		性別	男・女
	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒 電話番号 ( ) -		
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
利用サービス種類				

申請理由	<input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、災害等を受けたことにより損害を受けたため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、死亡又は心身に重大な障害を受けその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、事業又は業務の休止、廃止、事業における著しい損失、失業等によりその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> 世帯の生計維持者が、農作物の不作、不漁等によりその者の収入が著しく減少したため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )
備考	

受付者	申請入力	決定入力
	/	/

### 介護保険負担限度額認定申請書

※太枠の中をご記入ください。

フリガナ			保険者番号	4 3 1 0 0 7		
被保険者氏名			被保険者番号			
生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男・女		
住所	〒		TEL( )	-		
介護保険施設の名称及び所在地	利用施設形態をチェックしてください。(該当にレ)					
	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 地域密着型特養 <input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> 申請時未入所 <input type="checkbox"/> 短期入所(特養) <input type="checkbox"/> 短期入所(老健・療養型) )					
	名称(※)		所在地(※)			
入所(院)年月日(※)	平成	年 月 日	(※)印の欄は、介護保険施設に入所(院)しない場合には、記入は不要です。			
負担限度額申請事由	1. 市民税世帯非課税者 2. 要保護者で、軽減を受けることで保護を必要としない状態となる者 3. 生活保護受給者 4. 市民課税世帯における特例減額措置の対象となる者					
熊本市長 宛 上記のとおり食費・居住費に係る負担限度額認定の申請をします。 平成 年 月 日 申請者氏名						
窓口に来られた方 住所 続柄 氏名 TEL( ) -						
同意の欄 介護保険負担限度額認定の審査判定をする際、世帯全員の市県民税課税状況について税務関係当局に、生活保護受給状況について福祉事務所にそれぞれ報告を求めることに同意します。 <p style="text-align: center;">被保険者氏名 <span style="float: right;">印</span></p>						

- 1月2日以降に転入した方は、世帯全員分の転入前の市町村の年金収入額、合計所得金額と課税状況の記載のある課税証明書を必ず添付してください。(その場合、同意の欄は記入不要です)
- 市外福祉事務所の被保護者の方は、保護実施機関の保護証明書を必ず添付してください。(その場合、同意の欄は記入不要です)
- 利用者負担第4段階(高齢夫婦世帯等)の特例減額申請の際は、要件を満たす添付書類が必要となりますので詳しくは高齢介護福祉課へお問い合わせください。

※熊本市記入欄

交付年月日	平成	年 月 日	備考	再確認日
適用年月日	平成	年 月 日から		
有効期限	平成	年 6月 30日まで	承認内容	
交付方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送(自宅) <input type="checkbox"/> 郵送(施設)		<input type="checkbox"/> 利用者負担第1段階【食300】(04-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第2段階【食390】(05-00) <input type="checkbox"/> 利用者負担第3段階【食650】(06-00) <input type="checkbox"/> 第4段階特例減額(07-01~05) <input type="checkbox"/> 承認しない(10-00)	
受付担当者		入力担当者		