

様式第1号（第3の2（2）関係）

年 月 日

愛媛県保健福祉部長 様
（薬務衛生課 扱）

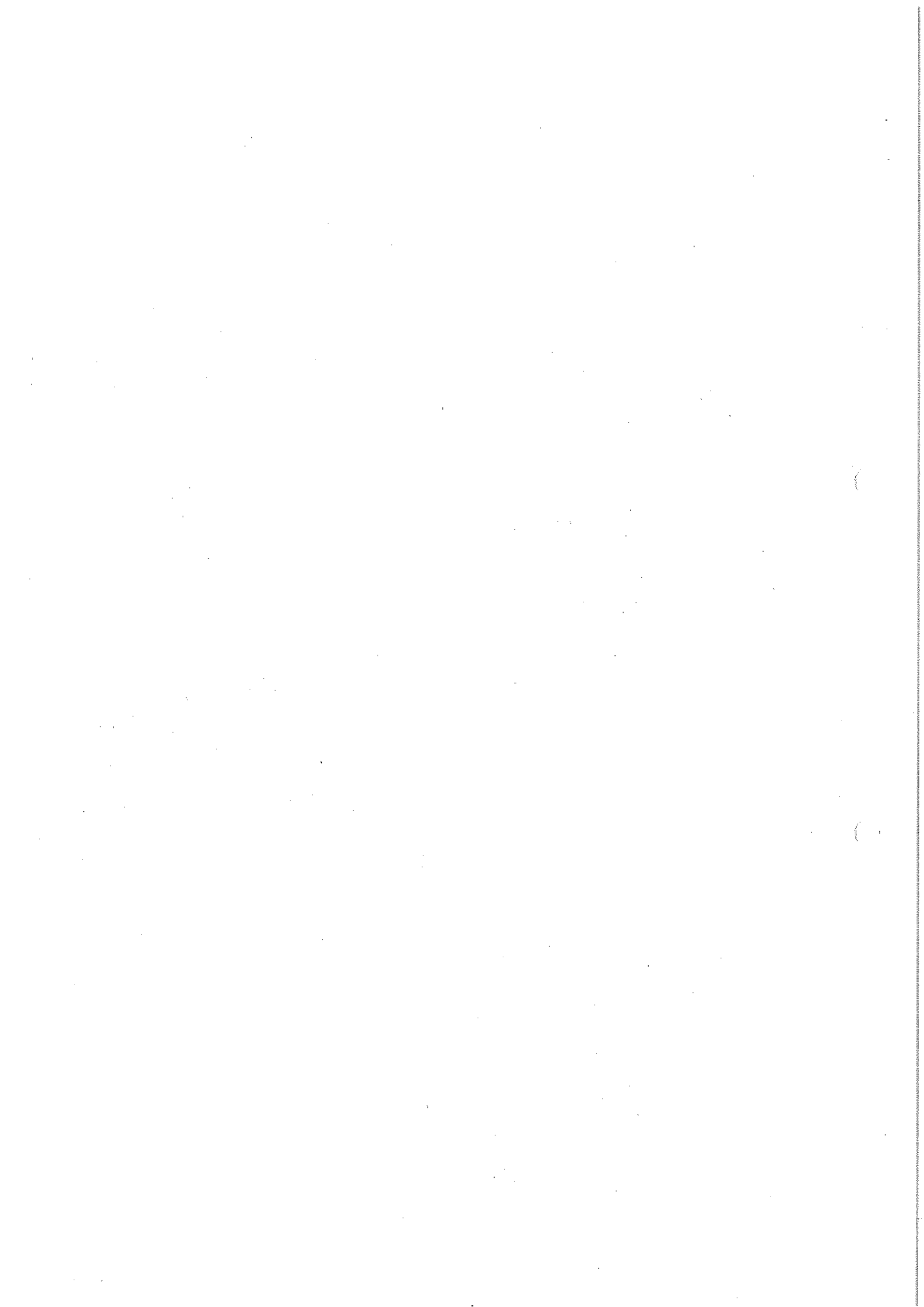
火葬場設置者

火葬場被災状況等報告書（第 報）

年 月 日に発生した災害等（ ）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
被災状況	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	<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）		
	復旧見込	通常稼働：	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不能		
	復旧見込	一部稼働：	年 月 日
		通常稼働：	年 月 日
その他	通信手段の確保	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 支障あり（ ）	
	職員の確保等	<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：	
連絡担当者	担当部局課		
	職名・氏名		
	電話番号	（内線）	
	F A X		
	Eメール		

（注）（ ）内には、災害等の具体的な内容を記載すること。



様式第2号（第3の3（1）関係）

年 月 日

愛媛県保健福祉部長 様
（薬務衛生課 扱）

_____ 市町長
(_____ 課 扱)

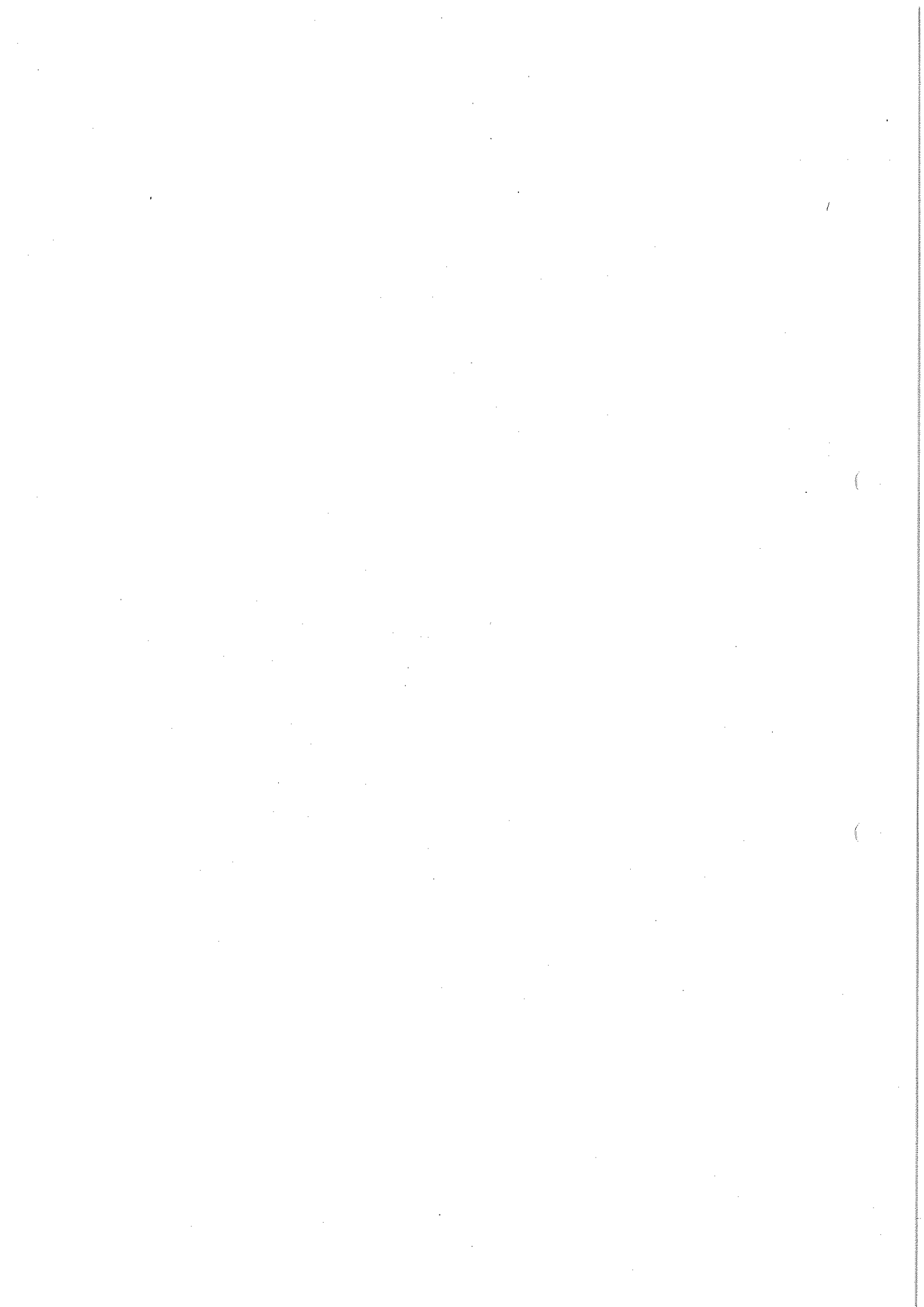
広域火葬応援要請書（第 報）

年 月 日に発生した災害等（ _____ ）により、当市町内において多数の死亡者が発生したので、広域火葬応援を要請します。

災害等発生場所		<input type="checkbox"/> 市町内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 ※感染症大流行の場合には、市町内全域にチェックを入れること。			
死亡者数 ※災害以外の死亡を含む。		月 日 時現在 人 (前回報告比増減数 人)	死亡者数 内 訳	大人：	人
				小人：	人
				胎児：	人
				不明：	人
行方不明者		月 日 時現在 人 (前回報告比増減数 人)			
火葬等 応援要 請事項	遺体数 ※災害 以外の 死亡を 含む。	月 日 時現在 人 (前回報告比増減数 人)	遺体数 内 訳	大人：	体
				小人：	体
				胎児：	体
				不明：	体
	その他				
連絡担当者		担 当 部 局 課			
		職 名 ・ 氏 名			
		電 話	(内線)		
		F A X			
		E メ ー ル			

(注1) (_____) 内には、災害等の具体的な内容を記載すること。

(注2) 小人は、原則として12歳未満の子どもとする。



様式第3号（第3の3（2）関係）

年 月 日

火葬場設置者 様

愛媛県保健福祉部長
（薬務衛生課 扱）

広域火葬協力依頼書（第 報）

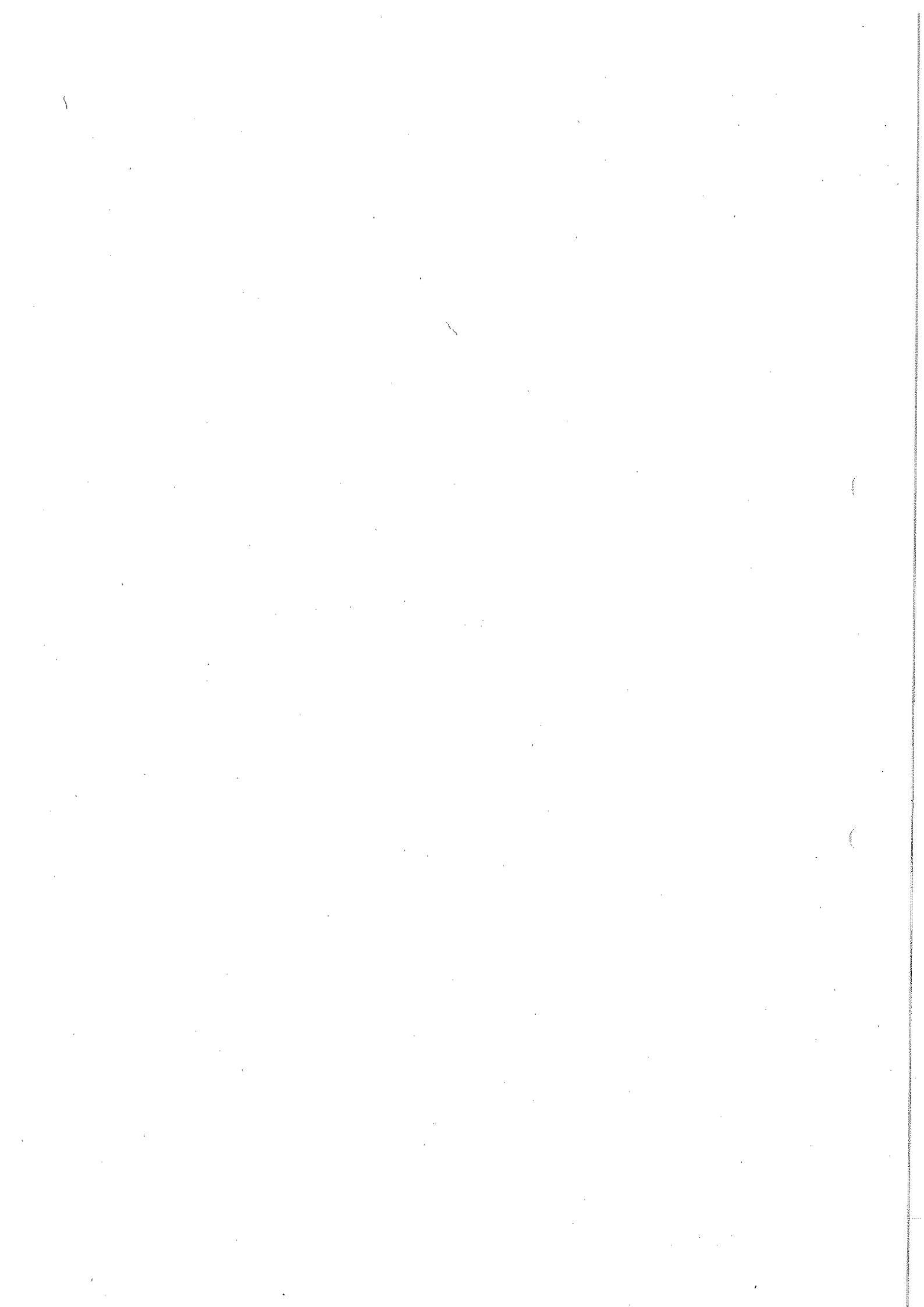
年 月 日に発生した災害等（ ）により、多数の死亡者が発生し、
広域火葬を実施することとしましたのでご協力願います。

つきましては、貴火葬場において可能な協力内容についてご回答願います。

火葬応援を要する 被災市町名				
火葬応援要請の 内 容	月 日	時現在合計遺体数		
	(前回報告比増減数	体 体)		
	うち火葬応援要請遺体	内 訳	大人：	体
	(前回報告比増減数		小人：	体
体 体)	胎児：		体	
	不明：		体	
備 考				
連絡担当者	担 当 部 局 課			
	職 名 ・ 氏 名			
	電 話	(内線)		
	F A X			
	E メ ー ル			

(注1) () 内には、災害等の具体的な内容を記載すること。

(注2) 小人は、原則として12歳未満の子どもとする。



様式第4号(第3の3(3)関係)

年 月 日

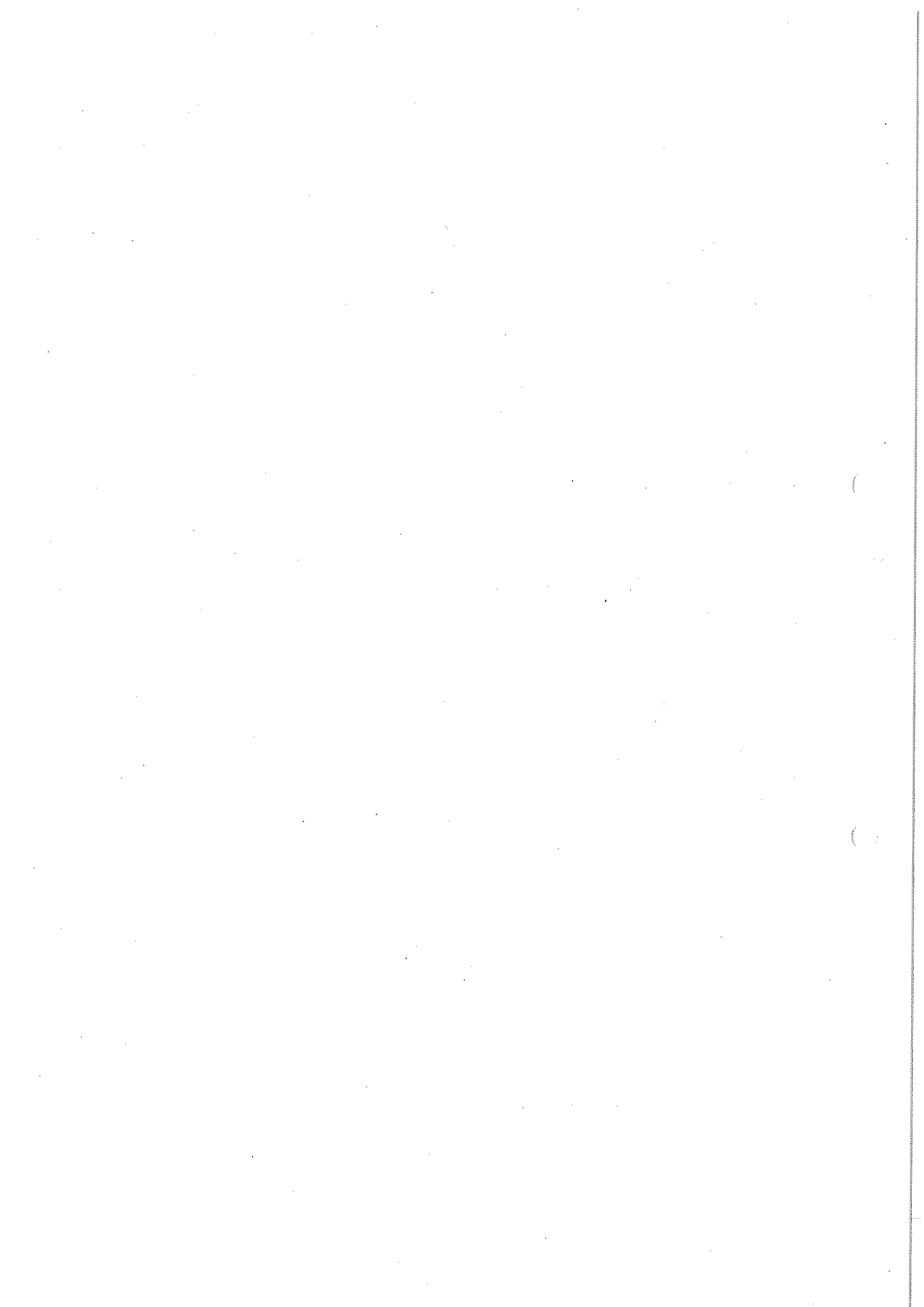
愛媛県保健福祉部長 様
(薬務衛生課 扱)

火 葬 場 設 置 者

広域火葬協力回答書

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。

広域火葬への協力について	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 (今後の応援協力の可能性:)					
火葬場の名称						
火葬場の所在地						
最寄りのヘリポート等の名称						
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
	上記期間以降の火葬受入			<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 検討中		
	最寄りのヘリポート等からの搬送のための車両整備			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中		
	最寄りのヘリポート等における棺運搬等要員			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中		
火葬場内における棺運搬等要員			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中			
火葬要員派遣	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 検討中					
	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
その他可能な協力内容						
連絡担当者	担当部局課					
	職名・氏名					
	電話番号	(内線)				
	F A X					
	Eメール					



様式第5号の1（第3の4（1）関係）

年 月 日

_____市町長 様
(_____課 扱)

愛媛県保健福祉部長
(薬務衛生課 扱)

応援火葬場割振通知書（被災市町用）

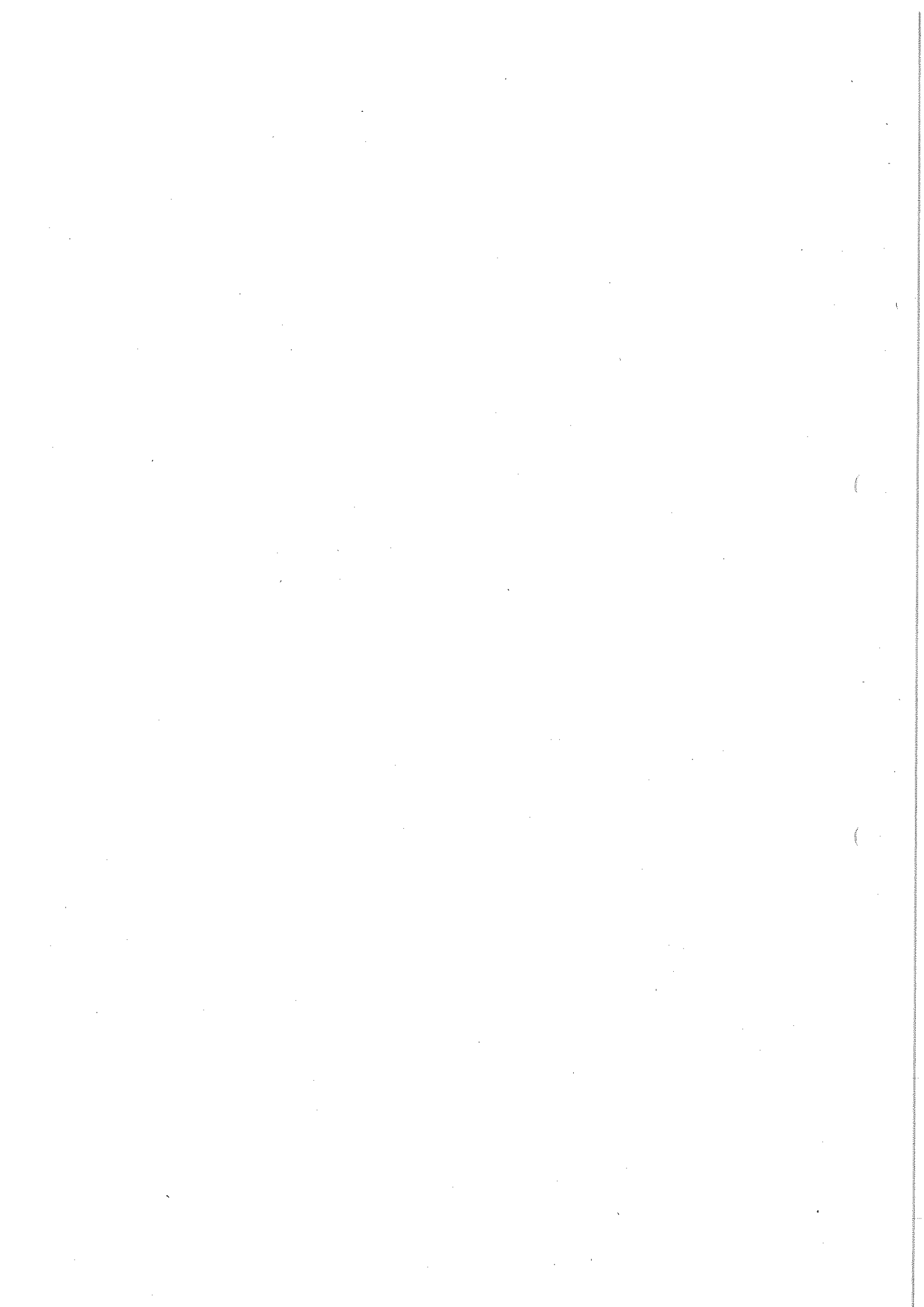
年 月 日付け（第 報）で要請のありました広域火葬について、別添のとおり応援火葬場を割り振りましたので通知します。

なお、詳細については別途当該火葬場と直接協議、調整されるようお願いします。

記

○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 局 課	愛媛県保健福祉部健康衛生局薬務衛生課 環境衛生係
	職 名 ・ 氏 名	
	電 話 番 号	089-912-2390
	F A X	089-912-2389
	E メ ー ル	yakumueisei@pref.ehime.jp



年 月 日

火葬場設置者 様

愛媛県保健福祉部長
(薬務衛生課 扱)

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ご協力を
をお願いします。

なお、詳細については、別途被災市町から直接協議、調整の連絡を行いますので、よろしく
願います。

記

○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	担当部局課	愛媛県保健福祉部薬務衛生課 環境衛生係
	職名・氏名	
	電話番号	089-912-2390
	F A X	089-912-2389
	Eメール	yakumueisei@pref.ehime.jp

