

(災害)緊急

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
被災状況	火葬炉本体	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	
	火葬炉付帯設備	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	
	建屋	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	
	進入路	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	
	その他	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (程度:)	
火葬炉の使用	<input type="checkbox"/> 支障なし (最大火葬数: 体/日)		
	<input type="checkbox"/> 一部稼動 (最大火葬数: 体/日)		
	復旧見込	通常稼動:	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 不能 (最大火葬数: 体/日)		
	復旧見込	一部稼動:	年 月 日
		通常稼動:	年 月 日
<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:	
連絡担当者	担当部課係		
	職名・氏名		
	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
Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

(災害)緊急

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: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。

災害等の発生場所	<input type="checkbox"/> 市町村内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 ※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。		
死亡者数 (災害等以外の死亡者を含む。)	月 日 時現在の合計数 人 (前回報告比増加数: 人)	内訳	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
広域火葬の 応援要請事項	月 日 時現在の合計数 広域火葬応援要請遺体数 人 (前回報告比増加数: 人)	内訳	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
	その他の事項		
連絡担当者	担当部課係		
	職名・氏名		
	電話	(内線)	
	FAX		

①: []には、災害等の具体的な内容を記載すること。

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。

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

Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

(災害)緊急

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。

については、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、再度応援要請を行う市町村は△印、新たに応援要請を行う市町村は○印を付ける。	
火葬応援要請の内容	月 日 時現在合計遺体数 体	
	(前回依頼比増加数: 体)	
	うち火葬応援要請遺体 体	内訳 ①大人: 体 ②小人: 体 ③胎児: 体 ④不明: 体
	(前回報告比増加数: 体)	
備考		
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

①: []には、災害等の具体的な内容を記載すること。

②: 小人は、12歳未満の子どもとすること。

(災害)緊急

年 月 日

島根県健康福祉部長 様
(薬事衛生課)

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 について	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 (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			
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	
	上記期間以降の火葬受入		<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 検討中	
	最寄のヘリポート等からの 搬送のための車両配備		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 検討中	
	最寄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	
火葬要員派遣可能人数	<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	
	月 日()	時~ 時 人	時~ 時 人	
その他の可能な協力内容				
連絡担当者	担当部課係			
	職名・氏名			
	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
Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

(災害)緊急

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いたします。

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

(災害)緊急

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

○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

(災害)緊急

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。

火葬場の名称及び所在地	
-------------	--

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	<input type="checkbox"/> 職員の被災 <input type="checkbox"/> 時間延長稼働のための人員確保 <input type="checkbox"/> その他()		
派遣要請要員の職務内容	※具体的に記載		

2 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	
	職名・氏名	
	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
Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

(災害)緊急

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

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: 体)	③胎児: 体 ④不明: 体
	体	①大人: 体 ②小人: 体
	(前回要請比増加数: 体)	③胎児: 体 ④不明: 体
	体	①大人: 体 ②小人: 体
	(前回要請比増加数: 体)	③胎児: 体 ④不明: 体
	体	①大人: 体 ②小人: 体
	(前回要請比増加数: 体)	③胎児: 体 ④不明: 体
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電話	(内線)
	FAX	

㊦: 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

Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

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 及び所在地									
被災市町村1	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
被災市町村2	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
被災市町村3	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
その他の 応援事項等									
報告担当者	担当部課係								
	職名・氏名								
	電話	(内線)							
	FAX								

㊦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。

㊦2: 総計及び内訳欄の()には、累計の数を記載すること。

㊦3: 小人は、12歳未満の者とする。

㊦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

Mail:yakuji@pref.shimane.lg.jp

(災害)緊急

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。

火葬場の名称 及び所在地									
被災市町村1	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
被災市町村2	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
被災市町村3	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
	体() 体()			体() 体()			体() 体()		
市町村名	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 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()	体 ()
その他の 事項等									
報告担当者	担当部課係								
	職名・氏名								
	電話	(内線)							
	FAX								

①: 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。

②: 総計及び内訳欄の()には、累計の数を記載すること。

③: 小人は、12歳未満の者とする。

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

Mail: yakuji@pref.shimane.lg.jp

応援火葬場割振(計画)表

年 月 日 時現在 No.

遺体搬入 被災市町村名	担当部課係 担当者及び 電話・FAX	応援火葬場 の名称及び 所在地	担当部課係 担当者及び 電話・FAX	最寄の へりぽーと・ 港名	受入可能日時及び遺体数 (午前・午後の対応の場合は、 2段書き)	左記月日 以降の受入	へりぽーと等 からの搬送 車両配備	へりぽーと等 での棺運 搬等要員	火葬場内 での棺運 搬等要員
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	<input type="checkbox"/> 可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中
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	<input type="checkbox"/> 可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中
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	<input type="checkbox"/> 可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中
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	<input type="checkbox"/> 可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中
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	<input type="checkbox"/> 可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能
					月 日 時～ 時 体	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 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 胎児・不明	大人・小人 胎児・不明	大人・小人 胎児・不明	大人・小人 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 及び責任者名	人	人	人	人
同行遺族人数	人	人	人	人
持参品	骨壺・骨箱・その他()	骨壺・骨箱・その他()	骨壺・骨箱・その他()	骨壺・骨箱・その他()

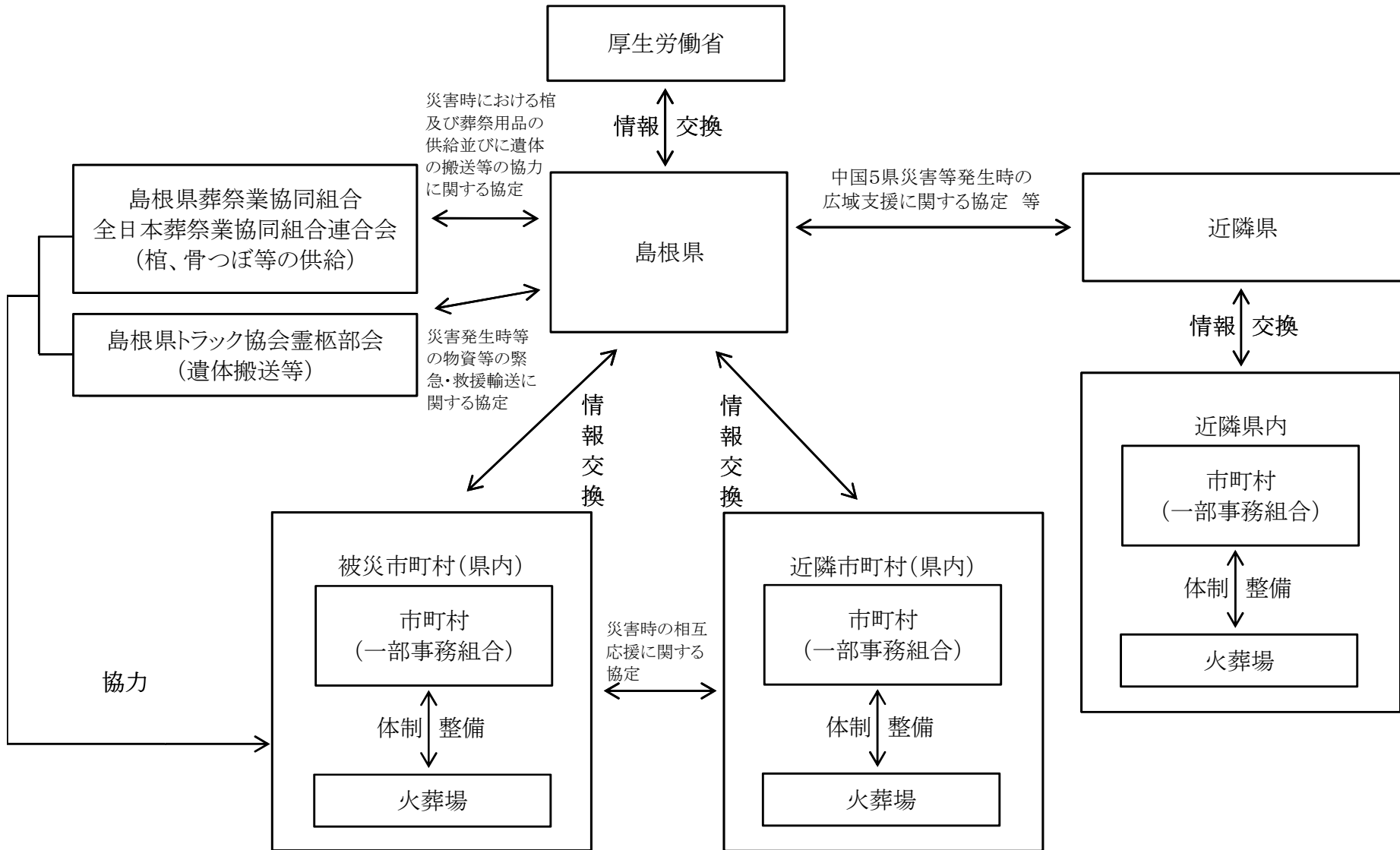
その他 連絡事項	

連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電話	(内線)
	FAX	

③: 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。

広域火葬実施体制(概要)

参考



広域火葬に係る情報等伝達フロー

参考

