

(災害)緊急

火葬場被災状況等報告書（第 報）

年 月 日

群馬県健康福祉部長 様
（食品安全局衛生食品課）

火 葬 場 設 置 者

年 月 日 時 分に発生した災害（災害等名称）による火葬場の被災状況等を次のとおり報告します。

火 葬 場 名 称			
点 検 日 時	年	月	日 時
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： 人／日）		
	<input type="checkbox"/> 一部稼働（最大火葬数： 人／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）		
	<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（ ） 新たな通信手段（ ）	
	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		
	F A X		

(災害)緊急

火葬場被害（復旧見込）状況報告書（第 報）

年 月 日

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

群馬県健康福祉部長
(食品安全局衛生食品課)

年 月 日 時 分に発生した災害（災害等名称）による火葬場の被災（復旧見込）状況を、次のとおり報告します。

項 目	a 前回報までの累計	b 今 回 報	a + b 合 計
火 葬 場 状 況			
	箇所	箇所	箇所
	箇所	箇所	箇所
	箇所	箇所	箇所
	炉	炉	炉
	炉	炉	炉
	炉	炉	炉
※県下の火葬場数	箇所、火葬炉数	炉	
死 者 数	人	人	人
連 絡 事 項			
連 絡 担 当 者	担当部課係		
	職名・氏名		
	電 話		
	F A X		

注1 「死者数」は、災害による死者数であり、災害以外の死者数は含まない。

注2 火葬炉の「稼働」には、条件付稼働も含む。

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課 電話 027-226-2445
FAX 027-220-4300

(災害)緊急

広域火葬協力依頼書 (第 報)

年 月 日

〇〇火葬場経営者 様

群馬県健康福祉部長
(食品安全局衛生食品課)

年 月 日 時 分に発生した災害 (災害等名称) により、次の市町村内において多数の死亡者が発生し、当該市町村から広域火葬の応援要請がありましたので、貴火葬場における火葬応援の可否について検討し「広域火葬協力回答書」 (様式第4号) により御回答ください。

火葬応援を要する関係市町村名	※第2報以降、再応援要請市町村は△印、新規応援要請市町村は○印を付ける。	
火葬応援要請の内容	月 日現在の合計数 人 (前回報告比増加数: 人)	
	うち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
備考		
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

注1 小人は、12才未満の子供とすること。

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課 電話 027-226-2445
FAX 027-220-4300

（災害）緊急

広域火葬協力依頼書（第 報）

年 月 日

〇〇都県〇〇部（局）長 様

群馬県健康福祉部長
（食品安全局衛生食品課）

年 月 日 時 分に発生した災害（災害等名称）により、次の市町村内において多数の死亡者が発生し、当該市町村から広域火葬の応援要請がありましたので、貴都県内の火葬場のあっせん等について御協力をお願いします。

なお、回答につきましては別紙「広域火葬協力回答書」（様式第4号）によりお願いします。

災害発生場所	<input type="checkbox"/> 県内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 （ ） ※第2報以降、再応援要請市町村は△印、新規応援要請市町村は○印を付ける。	
死亡者数 （災害等以外の死亡者を含む）	月 日現在の合計数 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
広域火葬応援依頼事項	うち広域火葬応援要請遺体数 人 （前回要請比増加数： 人）	内訳 ①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
	<input type="checkbox"/> 火葬要員：	
	<input type="checkbox"/> 資機材：	
	<input type="checkbox"/> 搬送手段：	
	<input type="checkbox"/> 作業要員：	
	<input type="checkbox"/> その他：	
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

注1 小人は、12才未満の子供とすること。

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課

電話 027-226-2445

FAX 027-220-4300

(災害)緊急

広域火葬協力依頼報告書

年 月 日

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

群馬県健康福祉部長

(食品安全局衛生食品課)

年 月 日 時 分に発生した災害（災害等名称）により、次の市町村又は近隣都県に対し、広域火葬の応援を依頼しましたので報告します。

広域火葬実施決定日	年 月 日	
広域火葬の応援を依頼した市町村又は近隣都県	(1) 市町村名 (2) 近隣都県名	
応 援 依 頼 の 内 容		
死亡者数 (災害等以外の死亡者を含む)	月 日現在の合計数 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
広域火葬応援依頼事項	うち広域火葬応援要請遺体数 人 (前回要請比増加数： 人)	内訳 ①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人
	<input type="checkbox"/> 火葬要員：	
	<input type="checkbox"/> 資機材：	
	<input type="checkbox"/> 搬送手段：	
	<input type="checkbox"/> 作業要員：	
<input type="checkbox"/> その他：		
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

注1 小人は、12才未満の子供とすること。

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課

電話 027-226-2445

FAX 027-220-4300

(災害)緊急		広域火葬応援要請依頼書		年 月 日
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		群馬県健康福祉部長 (食品安全局衛生食品課)		
年 月 日 時 分に発生した災害（災害等名称）により、広域火葬を実施しておりますが、次の近隣都県についても広域火葬の応援をお願いしたいので、応援要請を依頼します。				
既に広域火葬の 応援を依頼した 近 隣 都 県				
今 回 応 援 要 請 を 依 頼 す る 内 容				
死 亡 者 数 (災害等以外の 死亡者を含む)	月 日現在の合計数 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	
広域火葬応援 依 頼 事 項	うち広域火葬応援要請遺体数 人 (前回要請比増加数： 人)	内訳	①大人： 人 ②小人： 人 ③胎児： 人 ④不明： 人	
	<input type="checkbox"/> 火葬要員：			
	<input type="checkbox"/> 資 機 材：			
	<input type="checkbox"/> 搬送手段：			
	<input type="checkbox"/> 作業要員：			
	<input type="checkbox"/> そ の 他：			
連 絡 担 当 者	担当部課係			
	職名・氏名			
	電 話			
	F A X			

注1 小人は、12才未満の子供とすること。

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課

電話 027-226-2445

FAX 027-220-4300

広域火葬応援(計画)表

年 月 日 現在 No.

応援火葬場名 及び所在地	左記連絡先		最寄りの ヘリポート	火葬応援可能日時・遺体数		左記月日 以降の 受入れ	ヘリポート からの 車両配置	ヘリポート での棺等 運搬要員	火葬場内 での棺等 運搬要員	被災地 火葬場 要員派遣	その他 応援可能 内容
				午前	午後						
1	部局名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	課・係名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	職・氏名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	電話			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	FAX			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 検討中	<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	部局名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	課・係名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	職・氏名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	電話			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	FAX			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 検討中	<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	部局名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	課・係名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	職・氏名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	電話			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	FAX			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 検討中	<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	部局名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	課・係名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	職・氏名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	電話			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	FAX			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 検討中	<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	部局名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	課・係名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 可能	
	職・氏名			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	電話			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	<input type="checkbox"/> 不可能	
	FAX			月 日 時~ 時 人	時~ 時 人	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	<input type="checkbox"/> 検討中	

(災害)緊急

広域火葬協力回答書

年 月 日

群馬県健康福祉部長 様
(食品安全局衛生食品課)

火葬場設置者

年 月 日付け広域火葬協力依頼書（第 報）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。

広域火葬協力 について	可能 ・ 不可能	
応援可能の場合	応援内容の詳細は、別紙「広域火葬応援表」（様式第4号の1）のとおりです。	
応援不可能 の場合	今後の応援協力の可能性等：	
備 考		
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

【連絡先】 群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課 電話 027-226-2445
FAX 027-220-4300

(災害)緊急

広域火葬協力回答書

年 月 日

群馬県健康福祉部長 様
(食品安全局衛生食品課)

〇〇都県〇〇部(局)長

年 月 日付け広域火葬協力依頼書(第 報)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。

広域火葬協力 について	可能 ・ 不可能	
応援可能の場合	応援内容の詳細は、別紙「広域火葬応援表」(様式第4号の1)のとおりです。	
応援不可能 の場合	今後の応援協力の可能性等：	
備 考		
連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

【連絡先】群馬県健康福祉部食品安全局衛生食品課 電話 027-226-2445
FAX 027-220-4300