

神奈川県広域火葬実施要領 様式

- 様式 1 火葬場被害（復旧見込み）状況報告書
- 様式 2 広域火葬応援要請書
- 様式 3 広域火葬協力依頼書
- 様式 4 広域火葬受入れ回答書
- 様式 5 応援火葬場割振り（計画）表
- 様式 6 応援火葬場割振り通知書（要請元市町村用）
- 様式 7 応援火葬場割振り通知書（受入れ火葬場あて）
- 様式 8 広域火葬実施日報（受入れ火葬場用）
- 様式 9 広域火葬要請（依頼）実績報告書
- 様式10 広域火葬受入れ実績報告書

様式 1

(災害)緊急

年 月 日

神奈川県 健康医療局 生活衛生部生活衛生課長 殿

火葬場管理者

火葬場被害(復旧見込み)状況報告書(第 報)

災害等（武力攻撃・その他）による火葬場の被害(復旧見込み)状況を報告します。

火葬場名			
点検日時	年	月	日 時 分
被害状況 (復旧見込み)	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 <input type="checkbox"/> 一部不能 (最大火葬数 体／日) <input type="checkbox"/> 不 能 <input type="checkbox"/> 不 明 <input type="checkbox"/> 調査中		
復旧見込み	一部稼動 : 年 月 日 全部稼動 : 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 <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： ()		
火 葬 場 連絡担当者	担当部局課		
	職名・氏名		
	電 話	(内 線)	
	E-mail		
	F A X		

◎送付先 神奈川県災害対策本部（生活衛生課 扱い）
E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp
FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950

(災害)緊急

神奈川県災害対策本部長 殿
(生活衛生課扱い)

市町村災害対策本部長

広 域 火 葬 応 援 要 請 書 (第 報)

災害等（感染症等の大流行・武力攻撃・その他）により当市町村内において多数の死亡者が発生したため、広域火葬応援を要請します。

災害等発生場所		<input type="checkbox"/> 市町村内全域 <input type="checkbox"/> 一部地域 ()		
死 亡 者 数 ※災害等以外の死亡者 を含む	月 日 時現在	死亡者数 内 訳	大人： 人	
	人		小人： 人	
	(前回報告からの増加数 人)		胎児： 人	
			不明： 人	
行 方 不 明 者 数		人	不明： 人	
広域火 葬応援 要 請 事 項	遺 体 数	月 日 時現在	遺 体 数 内 訳	大人： 人
	※ 災 害 等	体		小人： 人
	以 外 の 死	(前回報告からの増加数 体)		胎児： 人
	亡を含む			不明： 人
	そ の 他			
市 町 村 連絡調整担当者		自治体名		
		担当部局課		
		職名・氏名		
		電 話	(内 線)	
		E-mail		
		F A X		

注：「小人」は、12歳未満の子供とする。

「胎児」は、4ヶ月以上の死胎とする。

「不明」は、判別できないもの、部分遺体等上記以外とする。

◎ 送付先 神奈川県災害対策本部（生活衛生課 扱い）

E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp

FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950

(災害)緊急

年 月 日

市町村・火葬場設置者 殿

神奈川県災害対策本部長
(生活衛生課扱い)

広域火葬協力依頼書(第 報)

災害等(感染症等の大流行・武力攻撃・その他)により、広域火葬応援の要請が被災市町村からありましたので、貴市町村・火葬場において可能な火葬応援内容について回答をお願いします。

広域火葬の実施要請 があった市町村		(※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)			
広域火葬 応援要請 事項	遺 体 数	月 日 時現在 体 (前回からの増加数 体)	遺体数 内 訳	大人：	人
	※災害等以 外の死亡を 含む			小人：	人
				胎児：	人
				不明：	人
	そ の 他				
連絡調整担当者		担当部局課	神奈川県 健康医療局 生活衛生部 生活衛生課		
		職名・氏名			
		電 話	(045) 210-4950		
		E-mail	koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp		
		F A X	(045) 210-8864		

注：「小人」は、12歳未満とする。
「胎児」は、4ヶ月以上の死胎とする。
「不明」は、判別できないもの、部分遺体等上記以外とする。

災害（緊急）

年 月 日

神奈川県災害対策本部長 殿
（生活衛生課扱い）

市町村・火葬場設置者

広域火葬受入れ回答書

年 月 日付け(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。

対象火葬場	
火葬応援	受 入 れ 可 ・ 不 可 能 (今後の受入れの可能性：)

(注) 複数の火葬場で受入れが可能な場合は、受入れ可能な火葬場ごとに別葉で作成すること。

○ 添付書類：応援火葬場割振り（計画）表（様式5）
（平成 年 月 日 時現在 No. ）

火 葬 場 連 絡 調 整 担 当 者	担当部局課	
	職名・氏名	
	電 話	(内 線)
	E-mail	
	F A X	

◎ 送付先 神奈川県災害対策本部（生活衛生課 扱い）
E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp
FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950

(災害)緊急

応 援 火 葬 場 割 振 り (計 画) 表

自治体名： _____

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日現在 No. _____

(応援要請元) 被災市町村		担当部局課・担当者 及びE-mail, TEL, FAX	応援火葬場名 及び所在地	担当部局課・担当者 及びE-mail, TEL, FAX	受入れ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	特記事項
1		担当部局課	火葬場名 <						

※複数の火葬場で受入が可能な場合は、火葬場ごとに別葉で記載すること。

受入可能遺体数

小計 0 体

様式 6

(災害)緊急

年 月 日

市町村災害対策本部長 殿

神奈川県災害対策本部長
(生活衛生課扱い)

応 援 火 葬 場 割 振 り 通 知 書 (要 請 元 市 町 村 用)

年 月 日付けで要請のありました広域火葬応援要請について、別添のとおり割振りましたので、通知します。
なお、詳細については、当該火葬場と直接協議・調整してください。

○添付書類：応援火葬場割振り(計画)表(様式5) 枚 (No. ～)
(年 月 日 時現在)

発 信 元 連絡担当者	担当部局課	神奈川県 健康医療局 生活衛生部 生活衛生課
	職名・氏名	
	電 話	(045) 210-4950
	E-mail	koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp
	F A X	(045) 210-8864

様式 7

(災害)緊急

年 月 日

火葬場管理者 殿

神奈川県災害対策本部長
(生活衛生課 扱い)

応援火葬場割振り通知書(受入れ火葬場あて)

年 月 日付けの広域火葬受入れ回答書に基づいて、別添のとおり応援火葬場を割振りしましたので通知します。

なお、詳細については、別途要請元(被災)市町村から直接、火葬実施内容の協議の連絡がありますので、円滑な広域火葬の推進に向けご協力をお願いします。

○添付書類：応援火葬場割振り（計画）表（様式 5） 枚（No. ～ ）

（ 年 月 日 時現在）

発 信 元 連絡担当者	担当部局課	神奈川県 健康医療局 生活衛生部 生活衛生課
	職名・氏名	
	電 話	(045) 210-4950
	E - m a i l	koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp
	F A X	(045) 210-8864

様式 8

(災害)緊急

年 月 日

神奈川県災害対策本部長 殿
(生活衛生課扱い)

火葬場管理者

広 域 火 葬 実 施 日 報 (受入れ火葬場用)

年 月 日に行った被災市町村から受入れた遺体の火葬実施状況は、
次のとおりでした。

火葬場名 (設置者名)						
火 葬 実 績	死 亡 原 因 内 訳	災 害 等	(累計： 体 体)	内 訳	大人	体 (累計： 体)
					小人	体 (累計： 体)
					胎児	体 (累計： 体)
		上 記 以 外	(累計： 体 体)	内 訳	大人	体 (累計： 体)
					小人	体 (累計： 体)
					胎児	体 (累計： 体)
	総 計		(累計： 体 体)	内 訳	大人	体 (累計： 体)
					小人	体 (累計： 体)
					胎児	体 (累計： 体)
その他の応援事項 (連絡事項を含む)						
報 告 担 当 者			担当部局課			
			職名・氏名			
			電 話	(内 線)		
			E - m a i l			
			F A X			

注：本表は1火葬場、1市町村ごとに作成し、速やかに報告する。

「小人」は、12歳未満の子供とする。

「胎児」は、4ヶ月以上の死胎とする。

◎ 送付先 神奈川県災害対策本部 (生活衛生課 扱い)

E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp

FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950

(災害)緊急

年 月 日

神奈川県災害対策本部長 殿
(生活衛生課扱い)

市町村災害対策本部長

広 域 火 葬 要 請 (依 頼) 実 績 報 告 書

当市町村からの応援火葬場への広域火葬要請(依頼)実績は、次のとおりです。

依 頼 先 火 葬 場 名									
火 葬 依 頼 実 績	月 日 ・ 曜 日	遺 体 数	死 因			左 記 以 外 ・ 不 明			
			災 害 等						
				大 人	小 人	胎 児	大 人	小 人	胎 児
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	月 日 ()								
	合 計								
	そ の 他 連 絡 事 項								
報 告 担 当 者	自 治 体 名								
	担 当 部 局 課								
	職 名 ・ 氏 名								
	電 話	(内 線)							
	E - m a i l								
	F A X								

注：本表は1火葬場ごとに作成する。「小人」は、12才未満の子供とする。

「胎児」は、4ヶ月以上の死胎とする。

◎送付先 送付先 神奈川県災害対策本部（生活衛生課 扱い）

E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp

FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950

(災害)緊急

神奈川県災害対策本部長 殿
(生活衛生課扱い)

火葬場管理者

広 域 火 葬 受 入 れ 実 績 報 告 書

被災市町村からの火葬受入れ実績は、次のとおりでした。

火葬場名 (設置者名)								
火葬受入れ 実 績	月 日・曜日	遺体数	死 因					
			災 害 等			左 記 以 外 ・ 不 明		
			大人	小人	胎児	大人	小人	胎児
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	月 日 ()							
	合 計							
その他 連絡事項								
	上記実績以降、追加の遺体搬入予定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 調整中							
報告担当者	担 当 部 局 課							
	職 名 ・ 氏 名							
	電 話	(内線)						
	E - m a i l							
	F A X							

注：本表は1火葬場ごとに作成する。「小人」は、12才未満の子供とする。
「胎児」は、4ヶ月以上の死胎とする。

◎ 送付先 神奈川県災害対策本部（生活衛生課 扱い）
E-mail koikikaso@pref.kanagawa.lg.jp
FAX 045-210-8864 電話 045-210-4950