

応援火葬場割り振り (計画) 表

年 月 日 現在 No.

遺体搬入 災害 市町村	左記連絡先		応援火葬場 名称及び 所在地	連絡先		最寄りの ヘリポート	火葬協力可能日時・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						
							月 日 時～ 時 人	時～ 時 人						
1	部局名			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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			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

応援火葬場割り振り通知書 (災害市町村用)

年 月 日

〇〇市町村長 様
(〇 〇 課)

群馬県健康福祉部長
(食品安全局衛生食品課)

年 月 日付け広域火葬協力依頼書 (第 報) については、別添「応援火葬場
割り振り (計画) 表」 (別記様式第5号の1) のとおり各火葬場を割り振りましたので通知します。
なお、詳細については当該火葬場と直接協議・調整を行うようお願いします。

添 付 書 類	応援火葬場割り振り (計画) 表 (別記様式第5号の1)	
	枚 (No. ~)	
	【 年 月 日 時現在】	
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

応援火葬場割り振り通知書 (災害市町村用)

年 月 日

火葬場設置者 様

群馬県健康福祉部長
(食品安全局衛生食品課)

年 月 日付け広域火葬協力依頼書 (第 報) については、別添「応援火葬場
割り振り (計画) 表」 (別記様式第5号の1) のとおり各火葬場を割り振りましたので通知します。

添付書類	応援火葬場割り振り (計画) 表 (別記様式第5号の1)	
	枚 (No. ~)	
	【 年 月 日 時現在】	
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

応援火葬場割り振り通知書（近隣都県用）

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 日付け広域火葬協力依頼書（第 報）については、別添「応援火葬場
割り振り（計画）表」（別記様式第5号の1）のとおり各火葬場を割り振りましたので通知します。
なお、詳細については当該火葬場と直接協議・調整を行うようお願いします。

添付書類	応援火葬場割り振り（計画）表（別記様式第5号の1） 枚（No. ~ ） 【 年 月 日 時現在】	
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

火葬要員及び燃料・資機材の手配要請書

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

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
	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	
-----------------	--

2. 必要な燃料・資機材の内訳

品名・品目	数量	備考 (期限等)

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

火葬要員派遣依頼報告書 (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) により、被災市町村から火葬要員の派遣要請があり本県内では対応できないので、次の他県に対し火葬要員の派遣依頼をしたので報告します。

派遣依頼年月日	年 月 日	
依頼都県名		
区分	派遣依頼内容	
要請人数	人	
市町村別 内 訳		
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

遺体保存用資機材及び遺体搬送応援手配要請書

年 月 日

群馬県健康福祉部長 様
 (食品安全局衛生食品課)

〇〇市町村長
 (〇〇課)

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

品名・品目	数量	備考（期限及び搬入場所等）

2. 必要とする遺体保存用資機材の内容

遺体安置所及び搬送先	搬送応援要請遺体数	内 訳
安置所名称: 所在地: 搬送先名称: 所在地:	(前回報告比増加数: 人)	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
安置所名称: 所在地: 搬送先名称: 所在地:	(前回報告比増加数: 人)	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
安置所名称: 所在地: 搬送先名称: 所在地:	(前回報告比増加数: 人)	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人
安置所名称: 所在地: 搬送先名称: 所在地:	(前回報告比増加数: 人)	①大人: 人 ②小人: 人 ③胎児: 人 ④不明: 人

連絡担当者	担当部課係	
	職名・氏名	
	電 話	
	F A X	

注1 広域火葬応援要請遺体数は、要請時点での総数とし、前所要請時の数に新たに判明又は発生した遺体のうち広域火葬が必要な数を加え、前回の要請により広域火葬が行われた又は予定された数を減じた数とすること。

【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

広域火葬実施日報 (応援火葬場用)

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。

火葬場名称 及び所在地									
	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡		
広域火葬 依頼市町村 1	人 (人)			人 (人)			人 (人)		
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
	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
広域火葬 依頼市町村 2	人 (人)			人 (人)			人 (人)		
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
	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
広域火葬 依頼市町村 3	人 (人)			人 (人)			人 (人)		
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
	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()	人 ()
その他の 応援事項等									
連絡担当者	担当部課係								
	職名・氏名								
	電 話								
	F A X								

注1 総計及び内訳欄の () 内には、累計の数字を記入すること。

注2 小人は、12才未満の子供とすること。

注3 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】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

広域火葬実施日報
(被災市町村が平常時に使用している火葬場用)

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。

火葬場名称 及び所在地										
	総 計			災害等による死亡			災害等以外の死亡			
被災市町村 1	人 () 人			人 () 人			人 () 人			
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	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
被災市町村 2	人 () 人			人 () 人			人 () 人			
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	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
被災市町村 3	人 () 人			人 () 人			人 () 人			
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	
	人	人	人	人	人	人	人	人	人	
	()	()	()	()	()	()	()	()	()	
その他の 応援事項等										
連絡担当者	担当部課係									
	職名・氏名									
	電 話									
	F A X									

注1 災害市町村が平常時に使用している火葬場が、他の市町村から遺体を受入れ、広域火葬を行った場合には、広域火葬分を別途様式第8号の1により報告すること。

注2 総計及び内訳欄の () 内には、累計の数字を記入すること。

注3 小人は、12才未満の子供とすること。

注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】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