

## 被害状況報告書

報告日時	平成	年	月	日 ( )	AM・PM	時	分
事業所名					報告者		

被害原因 (該当に○)	地震	火災	風水害	その他			
発生日時	平成	年	月	日 ( )	AM・PM	時	分頃
発生場所							
人的被害 (該当に○)	入居者(利用者)		有	人		無	確認中
	介護従業者		有	人		無	確認中
	その他		有	人		無	確認中
物的被害 (該当に○)		有		無		確認中	
被害詳細							
対応							
その他 (参考情報)							

送信先: 調布市福祉健康部高齢者支援室介護保険担当  
 FAX 番号: 042-481-7028