提出先：香川県健康福祉総務課

　　ＴＥＬ　０８７－８３２－３２５４

 ＦＡＸ　０８７－８０６－０２０９

（様式１）

災　害　発　生　報　告

市町名

所属名

職氏名

ＴＥＬ

ＦＡＸ

措置状況（　　月　　日　　時　　分現在）

|  |  |
| --- | --- |
| これまでにとった措置 | 今　後　と　る　措　置 |
|  |  |

災害の状況

|  |
| --- |
| 災害の原因（台風，豪雨，地震等）　　状況（降雨，地域，河川の氾濫，堤防決壊等） |
|  |

県危機管理課への被害状況報告

　報告済（　　月　　日　　時　　分現在）・報告予定（　　月　　日　　時　　分現在）

災害救助法の適用要請の見込み（災害救助法施行令第１条第１項第３号、第４号の場合）

　　有　・　無

提出先：香川県健康福祉総務課

　　　　ＴＥＬ　０８７－８３２－３２５４

 ＦＡＸ　０８７－８０６－０２０９

（様式２）

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

市町長

災害救助法の適用要請について

今回の（災害名等）　　について、下記の事情等により災害救助法の適用を

要請します。

　　　　　　　　　　　　　　記

災害救助法の適用が必要な事情、状況等