|  |
| --- |
| （様式１２）**災害ボランティアセンター開設の案内****ご自宅の片づけなどボランティアが応援します。****災害ボランティアセンターを開設しました**片づけ・清掃、家具の移動・搬出、家屋内に流入した土砂の撤去など、この度の災害でお困りのことをお知らせください。ボランティアがお手伝いします。○感染予防の観点から下記のことをお願いしています。・ご家庭で体調が悪い方がいる場合は活動をお断りしています。　・ボランティアの募集人数を制限しており、（すぐに）支援に伺うことができない可能性があります。　・ご自身（家族など）で片付けができない方や「生活空間の確保」、「保健衛生上必要な環境整備」を優先し活動をしています。　・ボランティアが活動している間、マスクの着用をお願いします。　・室内の換気を行うようにしてください。○ボランティアに対する報酬、飲食等準備する必要はありません。○専門的な技術を要することや危険を伴う作業など要望にお応えできない場合があることをご了承ください。○ボランティア募集の都合で、すぐに活動を開始できない場合もあります。○被災者の自宅に伺います。事業所の片づけ等の要望にはお応えできません。○政治的・宗教的、営利目的の活動はできません。○災害ボランティアセンターを通して活動するボランティアは、名札をつけています。○必要なものを破棄したり、現金や貴重品等がなくなってしまったりというトラブルを避けるため、作業には必ず立ち会いをお願いします。■被災者や同居家族などが感染した場合は、速やかに災害ＶＣへ連絡してください。**ご理解いただきたいこと**　　※罹災証明書や保険金の請求のために、被害の様子がわかる写真が必要となる場合がありますので、必要に応じて事前に写真を撮るようにしてください。羽島市社会福祉協議会　災害ボランティアセンター問合先：○○○－○○○－○○○○　〔受付時間／９：００～１７：００〕 |

コ－３１

（様式１３）

**災害ボランティア受付票**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ※事務局使用欄 | 受付日 | 　　年　　月　　日 |
| 受付者 |  |
|  | 受付番号 |  |
| フリガナ |  | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 |  | 年　齢 | 　　　　　歳 |
| 住　所 | 都・道　　　　　　　市・区府・県　　　　　　　　・郡 |
| 携帯電話番号等 | 　　　　　　　　　　－　　　　　　　　　　－ |
| メールアドレス |  |
| 緊急連絡先（活動者以外） | 　　　　－　　　　－　　　　　　　（氏名　　　　　　　　　　続柄　　　　） |
| ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ保険 | 加入手続き先　　　　　　　　　　市町村社会福祉協議会・インターネット |
| 加入タイプ | 基本プラン　　／　　天災・地震補償プラン |
| 所持車の活用 | 活用できる（車種　　　　　　　　乗車定員　　名）※支援場所への送迎や災害ごみの搬送などに活用する場合があり、車両は汚れる場合があります。事故等については、当該車両の車両保険で対応願います。 | 活用できない |
| 活動希望日 | ※希望する日とその日の受付時間のいずれかに〇をつけてください。複数日の希望が可能です。ＨＰ掲載時入力する〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00 |
| 健康状態 | 該当しない方であることを確認してください。①～⑤に該当する場合は申し込みはできません。当日の朝も受付に別添のチェックシートを持参ください。①　発熱、呼吸器症状（せき、のどの痛み、鼻水、鼻づまり、息苦しさ）、頭痛、全身倦怠感の症状がある方②　嗅覚、味覚に異常がある方③　糖尿病、心不全、慢性呼吸器疾患がある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている方、妊婦の方④　海外渡航歴があり、帰国後２週間が経過していない方⑤　新型コロナウイルス感染症患者と接触してから２週間が経過していない方* 上記のいずれにも該当しない
 |
| 報告の同意 | 　ボランティア活動後２週間を経過せず、新型コロナウイルスへの感染が判明した場合に、感染した旨を当ボランティアセンターへ報告することに同意しますか。同意する |
| 情報提供の同意 | 参加者の中で新型コロナウイルスの感染が判明した場合に、このフォームであなたが登録した情報及び活動状況を当地域の保健所へ情報提供することに同意しますか。同意する |

※記入後、（ＦＡＸ：○○○－○○○－○○○、メール：\*\*\*\*\*\*\*\*\*＠\*\*\*\*\*\*）まで提出してください。

希望された活動日の受付時間に、受付場所にお越しください。

　定員が達した場合など受け付けられない場合は、事務局よりメール等でご連絡します。

コ－３２

（様式１３）

**災害ボランティア受付票**

**記入例**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ※事務局使用欄 | 受付日 | ○○年１２月　１日 |
| 受付者 | 羽島市　太郎 |
|  | 受付番号 |  |
| フリガナ | **ハシマ　タロウ** | 性　別 | 男　・　女 |
| 氏　名 | **羽島　太郎** | 年　齢 | 　　**５５**　歳 |
| 住　所 | 都・道　　　　　　　市・区**○○町○丁目○番地〇号****羽島****岐阜**府・県　　　　　　　　・郡 |
| 携帯電話番号等 | ０９０－○○○○－△△△△ |
| メールアドレス | ○○○＠○○○．ｊｐ |
| 緊急連絡先（活動者以外） | ０８０－△△△△－○○○○　　　　（氏名　　羽島　花子　続柄　妻　） |
| ﾎﾞﾗﾝﾃｨｱ保険 | 加入手続き先　　　　羽島　　　市~~町村~~社会福祉協議会・インターネット |
| 加入タイプ | 基本プラン　　／　　天災・地震補償プラン |
| 所持車の活用 | 活用できる（車種　軽トラック　乗車定員　２名　）※支援場所への送迎や災害ごみの搬送などに活用する場合があり、車両は汚れる場合があります。事故等については、当該車両の車両保険で対応願います。 | 活用できない |
| 活動希望日 | ※希望する日とその日の受付時間のいずれかに〇をつけてください。複数日の希望が可能です。〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00〇月〇日　　受付時間　8:30～9:00　　　　9:30～10:00 |
| 健康状態 | 該当しない方であることを確認してください。①～⑤に該当する場合は申し込みはできません。当日の朝も受付に別添のチェックシートを持参ください。①　発熱、呼吸器症状（せき、のどの痛み、鼻水、鼻づまり、息苦しさ）、頭痛、全身倦怠感の症状がある方②　嗅覚、味覚に異常がある方③　糖尿病、心不全、慢性呼吸器疾患がある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている方、妊婦の方④　海外渡航歴があり、帰国後２週間が経過していない方⑤　新型コロナウイルス感染症患者と接触してから２週間が経過していない方* 上記のいずれにも該当しない
 |
| 報告の同意 | 　ボランティア活動後２週間を経過せず、新型コロナウイルスへの感染が判明した場合に、感染した旨を当ボランティアセンターへ報告することに同意しますか。同意する |
| 情報提供の同意 | 参加者の中で新型コロナウイルスの感染が判明した場合に、このフォームであなたが登録した情報及び活動状況を当地域の保健所へ情報提供することに同意しますか。同意する |

※記入後、（ＦＡＸ：○○○－○○○－○○○、メール：\*\*\*\*\*\*\*\*\*＠\*\*\*\*\*\*）まで提出してください。

希望された活動日の受付時間に、受付場所にお越しください。

定員が達した場合など受け付けられない場合は、事務局よりメール等でご連絡します。

コ－３３

（様式１４）

**体調管理チェックシート**

**災害ボランティア活動当日の体調を記入し、災害ボランティアセンターの受付に渡してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 発熱､呼吸器症状（せき、のどの痛み、鼻水・鼻づまり、息苦しさ）､頭痛､全身倦怠感の症状がある | はい | いいえ |
| (体温 　　度) |
| ② | 嗅覚・味覚に障害がある | はい | いいえ |
| ③ | 糖尿病、心不全、慢性呼吸器疾患がある方、透析を受けている方、免疫抑制剤や抗がん剤を用いている方、妊婦の方 | 該当する | 該当しない |
| ④ | 海外渡航歴があり、帰国後２週間を経過していない | はい | いいえ |
| ⑤ | 新型コロナウイルス感染症患者と接触してから２週間が経過していない | はい | いいえ |

上記に相違ないことを申告します。 年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 　住　 　 所： | 　 |
| 　氏　 　 名： | 　 |
| 　携帯電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 　 |

コ－３４

（様式１５）　　　　　災害ボランティア活動の流れ（ボランティア配布用）

**ボランティア活動に参加する皆さんへ　～災害ボランティア活動の流れ～**

**１　ボランティア受付**

1. この用紙を読み終えたら、検温、体調の確認「体調管理チェックシート」（様式１４）を提出してください。記入していない場合は、記入台で記入し提出してください。
2. このボランティアセンターを通じた活動を行う場合には、ボランティア活動保険への加入が必要です。

**２　活動の紹介**

1. 活動場所ごとに必要な人数が集まった時点で、オリエンテーションを始めます。

**３　オリエンテーション**

1. 同じ活動場所で活動する方々に集まっていただき、グループリーダーを決めていただきます。
2. グループリーダーを中心に、オリエンテーションを実施してから、活動場所に出発します。

**４　機材の貸出**

1. 原則、持参した機材を使用していただきますが、必要に応じて、機材貸出・管理係が、グループ単位に機材の貸出を行います。

**５　誘導・送迎**

1. 地理に不案内な方を対象に、誘導・送迎係が、活動場所への道順の説明を行います。
2. 感染を避けるため、活動現場への送迎は行いませんので、ご了承ください。

**６　活動**

1. 依頼者、グループリーダーの指示に従って活動し、身勝手な行動は慎んでください。
2. 重労働で体力を消耗することもありますので、各自で体調を管理し、水分補給や休憩を適宜とるようにしてください（※夏場は必ず３０分に１回の水分（塩分）補給をお願いします）。
3. 活動終了時間は１６：００です（途中でも活動を終了してください）。
4. 依頼者がお礼や食事の手配を心配されることもありますが、丁重にお断りください。

**７　活動終了**

1. ボランティアセンターへ戻り、活動機材を返却したら、リーダーは、他のメンバーの意見等を聞き取り、活動報告書を作成してください。

コ－３５

（様式１６〕表

配布用

|  |
| --- |
| **災害ボランティア活動にあたっての注意事項**１．心構え（原則） ①復旧の主体者は「被災された方」であり、ボランティアはあくまでお手伝いであることを心がけましょう。　②自分の経験や判断を押し付けるようなことは控えましょう。③被災された方に負担を掛けない行動をしましょう。２．安全に活動するためのお願い（注意事項） 　①ここは被災地です。想定外のことやニ次災害が起こる可能性があります。少しでも危険と思われたら活動を中断してください。　②ボランティア活動保険に未加入の場合、活動をご紹介することはできません。③「災害ボランティアセンター」の紹介を受けてきたことを告げてから、活動を開始してください。　④活動内容については、依頼者と十分話し合いながら行うようにしてください。　⑤グループで活動する場合、リーダーの指示に従ってください。⑥自分（仲間）の体調を見極め、適宜休憩をとりながら、無理のない活動をしてください。　また、夏期は熱中症予防のため、こまめな給水を心がけましょう。⑦当初の依頼内容と異なる作業を依頼された場合で判断に困ったときやトラブル等が発生した場合は、（リーダーを通じて）「災害ボランティアセンター」へ連絡してください。　⑧活動が終わったら、必ず「手洗い・うがい」を行い、感染症等の予防に努めましょう。⑨活動中に知り得た情報（写真など）をむやみに話したり、SNS等に書き込んだりしないでください。⑩活動終了時間を確認して、災害ボランティアセンターにお戻りください。３．新型コロナウイルス感染予防のためのお願い（注意事項） 県の「新型コロナウイルス禍における災害ボランティア受入方針」の別紙「災害ボランティア活動時の感染症対策について」及び下記をよく読んで活動してください。①活動中は、必ずマスクを着用し必要に応じてフェイスシールド、ビニール手袋の着用をお願いします。②着用後のマスク等は、ビニール袋に入れ各自で持ち帰るようにしてください。③ボランティア同士もできるだけ距離をあけて活動するようにしてください。④屋内に入る場合、手の消毒を行ってから入りましょう。⑤被災者や他のボランティアと近い距離での会話は極力行わないようにしましょう。⑥活動後、使用した備品を各自で消毒してから持ち帰るようにしてください。⑦活動後、２週間以内に新型コロナウイルス陽性が出た場合、災害ボランティアセンターにご連絡ください。**羽島市社会福祉協議会　災害ボランティアセンター****問合先：○○○－○○○－○○○○　〔受付時間／９：００～１７：００〕** |

コ－３６

（様式１６）裏　　　　　～　災害ボランティアの皆様へ　～

配布用

災害ボランティア活動時の感染症対策について

新型コロナウイルス感染症対策のため、以下の①～⑥を遵守し、活動していただきますようお願いします。

何かございましたら、羽島市社会福祉協議会（災害ボランティアセンター）までご連絡をお願いします。

1. **健康状態等の確認**

・活動中に体調に異常があれば、直ちに活動を中止し、羽島市社会福祉協議会に報告すること。

1. **手洗い・手指消毒の励行**

・活動前、活動中、活動終了後のいずれも石けんでの手洗いとアルコール等での手指消毒を徹底すること。

1. **マスクの着用**

・常にマスクの着用を徹底。ただし、屋外で人と人との間隔が十分な距離（２ｍ以上）を確保できる場合には、マスクを外しても構わない。マスクを外す場合は常に人との距離を意識して、確保できない場合には直ちに再度着用すること。

・特に食事の際はマスクを外す瞬間であり、人と人との距離を十分確保して黙々と食べるとともに、会話は食事を終えて、マスクを着用してからにすること。

1. **対人距離の確保**

・ボランティア同士あるいは被災者と会話する際は、マスクを着用するとともに、十分な距離を保つことを徹底すること。

1. **屋内活動時の換気の徹底**

・屋内で活動する場合は常時換気ができているか確認すること。

1. **その他**

・感染症防止のため、市町村社会福祉協議会が決定した事項･指示に従うこと。

連絡先：羽島市社会福祉協議会　災害ボランティアセンター　ＴＥＬ○○○－○○○－○○○○

コ－３７

（様式２）

※受付番号　　　　　　　　　　　（依頼票の番号）

**活動指示書（兼報告書）**

**＜活動日時＞　　月　　日　　時　　分**

**＜活動場所＞(A)　・個人宅　　・避難所（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

活動場所の連絡先等を転記

**・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**氏名（代表者）　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先**

**住所　　　　町　　　　　　　　　　　　所要時間：徒歩**　　分、**自動車**　　分

**車両の駐車可能場所の有・無**　　□有（　　　台程度）　　□無

**＜活動内容＞(B)**□清掃　□土砂等の運び出し　□ゴミ処理　□家具等の移動　□その他

**＜詳細＞**

**※緊急性が高い場合は、その旨を欄外に赤字で記入すること**

**＜募集人数＞(C)　　男性　～　人　　女性　～　人　　合計　　　人程度　／　男女問わず　～　人**

**※内容を考慮して人数に幅を持たせて記入すること**

**＜世帯類型＞**　・一般世帯　・高齢者のみの世帯　・障がい者のいる世帯　・その他（　 　　　）

＜**被災状況＞**　・家屋全壊　・家屋半壊　・床上浸水　・床下浸水　・一部損壊

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◎活動者（「ボランティア受付番号」、「氏名」をご記入ください。）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** |
| **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** |
| **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** | **№****氏名****男・女** |

**☆ボランティアセンターの連絡先　０５８－３９＊－＊＊＊＊**

**＜活動報告＞（※グループリーダーが、活動終了後に記入）**

**＜活動内容＞　□指示通り　□指示以外の内容もあり　□全く違った　□活動なし**

**＜活動結果＞　□完了した　□完了していない　→　継続希望（有・無）**

**＜特記事項＞　問題点や報告事項があればご記入ください。**

＜チェック項目＞　□　地図を添付してマッチング係へ　→　□　グループリーダー用付箋の作成

　　　　　　　　　→　□　ボランティアの氏名が記入されたものをコピー（コピー機が使える時）

コ－２１