**福祉避難所の機器整備　　　ご申請団体チェックリスト**

助成事業のご申請にあたり、チェックリストご記入にご協力をお願い致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ご記入日：　　　　年　　　　月　　　　日  記入された方の肩書：  記入された方のお名前： | | | | |
|  | | はい | いいえ | いいえの場合、  今後の実施予定および時期  （あるいは実施しない理由） |
| 【申請の要件について】 | | | | |
| 1. | 福祉避難所として自治体との協定を締結している |  |  |  |
| 2. | 指定福祉避難所として指定を受けていない |  |  |  |
| 3. | 発災時の自治体および福祉団体や医療機関、外部支援チーム（DWAT、DCAT等）との連携計画がある |  |  |  |
| 4. | 本事業による整備が終了するまでに、地域の要配慮者ごとの個別避難計画の作成に向けて、自治体への働きかけを行うことができる |  |  |  |
| 5. | 本事業による整備後1年以内に、要配慮者や自治体および連携団体との共同による避難訓練を実施することができる |  |  |  |
| 6. | 本事業を実施した団体間によるネットワークを形成し、発災時における連携協力のための協定を締結することができる |  |  |  |
| 【申請書類について】 | | | | |
| 1. | 決算書および事業報告書は最新のものである |  |  |  |
| 2. | それぞれの機器について、見積もりを取得している |  |  |  |
| 3. | 発災時の連携計画を記載したリストには、機関名・担当部署・担当者名・連絡先が記載されている |  |  |  |

　　※ご記入へのご協力ありがとうございました。