様　式

|  |  |
| --- | --- |
| 様式番号 | 様式名 |
| 様式1 | 福祉避難所設置計画書 |
| 様式2 | 福祉避難所に係る協力要請書 |
| 様式3 | 福祉避難所連絡票 |
| 様式4 | 受入依頼書 |
| 様式5 | 物資要請書 |
| 様式6 | 移送要請書 |
| 様式7 | 移送記録簿 |
| 様式8 | 要配慮者受入リスト（兼受入状況報告書） |
| 様式9 | 福祉避難所日報 |
| 様式10 | 物資管理簿 |
| 様式11 | 福祉避難所閉鎖通知書 |
| 様式12 | 福祉避難所運営等経費明細書 |
| 様式13 | 請求書 |
| 様式14 | 支払決定通知書 |
| 参考様式1 | 施設状況報告 |
| 参考様式2-1、2 | 健康相談票 |

五所川原市連絡先一覧表（参考）

※災害の状況等で連絡体制が変更になることもあります。



**施設→五所川原市（様式１）**

**福祉避難所設置計画書**

**（　新規 ・ 変更　）**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日作成

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | 施設所在地 |  |
| 施設長 |  | 管理団体所在地 |  |
| 施設管理者 | (法人・団体名)(代表者) | 連絡先 | (連絡担当者職・氏名)TEL：FAX：E-mail： |
| 所管課 |  |
| 施設の概要 | 施設構造：　　　　　　　　　　　　　　併設施設：冷暖房方式（燃料）：非常用発電機・設備の有無（燃料）： |
| 実施事業等：通常利用者数： |
| 施設利用計画 |
| 利用目的 | 利用予定場所 | 受入可能人数 |
| 避難者受入場所 |  |  |
| 計　　　　　名 |
| 救護室当直宿泊室スタッフ控室更衣室物資集積場所 |  |  |

※「受入可能人数」は、施設が対応可能な人数を記載してください。スペース毎または合計のみでも構いません。**（参考）１人当たり面積は概ね２～４㎡**

※施設利用配置図（施設平面図）を添付してください。

施設避難所設置計画書（裏面）

|  |
| --- |
| 人員体制 |
| 避難所管理者（24時間体制） |  |
| 利用可能な設備・備品等 |
| 設備・備品名 | 数量 | 設備・備品名 | 数量 |
|  |  |  |  |
| 食糧等の備蓄 |
| 品　　名 | 数量 | 品　　名 | 数量 |
|  |  |  |  |
| その他の準備状況 |
| 利用者及び地域住民等への周知 | 実施・実施予定実施状況等： |
| 福祉避難所開設手順等を含めた施設の災害対応マニュアル | 策定済・策定予定※策定済の場合は、写しを添付してください。 |
| 福祉避難所開設・運営訓練 | 実施・実施予定：実施状況等： |
| 上記の他、福祉避難所開設・運営に協力可能な事項 |
|  |

**五所川原市→施設（様式２）**

　　年　　月　　日

（法人・団体代表者あて）

　　　　　　　　　　　　　様

五所川原市長

福祉避難所の開設に係る協力要請書

　貴法人（団体）が管理する下記の施設について、福祉避難所として開設することを決定いたしましたので、「福祉避難所の確保に関する協定書」第３条に基づき、ご協力をお願いいたします。

記

１　開設施設名

　　　　　　　　（所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

２　開設期間　　　　　年　　月　　日　から　　年　　月　　日まで

（災害発生の日から7日以内）

　　※開設期間の延長について、協議させていただく場合があります。

３　開設準備及び要配慮者受入に関する連絡調整窓口

|  |
| --- |
| 五所川原市災害対策本部　福祉班　福祉避難所支援窓口福祉避難所連絡員※上記以外の者でも対応可能です。　TEL  FAX  |

**施設→五所川原市（様式３）**

**福祉避難所連絡票**

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先　　五所川原市福祉班福祉避難所担当　　TEL　FAX　  | 送信元　　担当　TEL FAX |
| 送信日時：　　　　年　　月　　日（　　）午前・午後　　　　時　　　分 |
| ○開設に関する連絡事項・人員体制の確保　　　　　　（　有　・　無　）・スペースの確保　　　　　　（　可　・　否　）・受け入れ可能人数　　　　　（　　　　　名　）・設備・備品等供与の準備　　（　有　・　無　）・利用者・一時避難者への周知（　済　・　未　）・提供可能な物資　　　　　　（　有　・　無　）・移送への協力　　　　　　　（　可　・　否　） |
| ○その他連絡事項 |

※開設に係る連絡のほか、必要に応じ開設期間中の連絡に使用します。

**五所川原市→施設（様式４）**

**様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取扱注意（個人情報含む）**

**送信日時：　　　　年　　月　　日　　　時　　分**

**市災害対策本部福祉班福祉避難所担当**

**TEL**

**FAX**

**要配慮者受入依頼書**

**下記の要配慮者について、貴施設での受入をお願いいたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | 性別 | 年齢 | 住所・電話 | 本人状態 | 現在避難先 | 移送方法・ケアマネ情報等 |
| 氏　　名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 備考 |

**福祉避難所→市福祉班（様式５）**

**年　　月　　日**

**物　資　要　請　書**

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉避難所名 | 　 |
| 担当者 | 　 | 連絡先 | 　 |

要請する物資

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | 必要物名 | 単位 | 必要数 | 調達数 | 引渡予定数 | 備考 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 6 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 7 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 8 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 9 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 10 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 11 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 12 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 13 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 14 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 15 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

|  |
| --- |
| （市記入欄）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市災害対策本部　福祉班

調達状況　　　　上記の通り

配送予定日　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当　市災害対策本部　福祉班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

**市→施設（様式６）**

施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　五所川原市長

**移送要請書**

　下記のとおり災害時における要配慮者等の移送を要請いたします。移送の可否についは下記担当までご一報ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 要配慮者名 | 　 |
| 移送元 | 場所 | 　 |
| 担当者 | 　 | 連絡先 | 　 |
| 移送先 | 場所 | 　 |
| 担当者 | 　 | 連絡先 | 　 |
| 移送希望日時 | 　 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　 担　当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　市災害対策本部　福祉班

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　福祉避難所連絡員

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL

 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX

**施設→五所川原市（様式７）**

**移送記録簿**

施設名：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 移送年月日 | 移送区間 | 距離 | 使用車両 | 移送者名 |
| 1 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 2 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 3 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 4 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 5 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 6 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 7 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 8 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 9 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 10 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 11 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 12 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 13 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 14 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |
| 15 | 年　月　日 | ～ | km | 　 | 　 |

**施設→五所川原市（様式８）**

**市福祉班　福祉避難所担当　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　取扱注意（個人情報含む）**

**要配慮者受入リスト（兼受入状況報告書）**

**施設名：**

**担当者：**

**年　　月　　日現在の状況は下記のとおりです。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ | 性別 | 年齢 | 受入月日時間 | 受入場所 | 本人の状況 | 対応状況 | 入退所の状況（月日・時間） |
| 氏　　名 |
| １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 備考 |

※　この報告書は、「福祉避難所日報」とともに福祉避難所開設期間中は毎日、市災害対策本部福祉班福祉避難所担当に提出します。

※　前日の報告から継続の要配慮者については、氏名・性別・年齢は必須とし、その他項目は変更があった場合に記入することとします。

**施設→五所川原市（様式９）**

**福祉避難所日報【施設名：　　　　　　　　　　　】№1**

**年　　月　　日の状況について報告します。（報告時点：　　月　　日　　時）**

|  |  |
| --- | --- |
| 送信先　　市災害対策本部福祉班　　福祉避難所担当　　　　　　　あて　　TEL FAX | 送信元（報告者）　　担当　　TEL FAX |
| 開設期間（予定）　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 |
| 受入状況 | ○受入人数　　　　　　　　　　　　名（内訳）要配慮者　　　　　　　　　名　　　　要配慮者の家族等　　　　　名 | 職員勤務状況 | 勤務時間 | 職・氏名 |
|  |  |
| 施設・設備利用状況 | 要配慮者受入のため使用したスペース |
|  |
| 使用設備・備品等 |
|  |
| 物資調達等状況 | 施設で直接調達した物資等（備蓄物資を消費したものを含む）※伝票等をできるだけ保管してください。 |
| 品　目 | 単価 | 数量 | 金額 | 支出先 |
|  |  |  |  |  |
| 移送に関する協力 | 氏　名 | 区　　間 | 備　考 |
|  |  |  |

**福祉避難所日報【施設名：　　　　　　　　　　　】№2**

|  |
| --- |
| その他特記事項 |

※　この日報は、福祉避難所開設期間中、毎日午前10時までに、前日の状況について報告するものとします。（できない場合は、後日でも可）

※　記入欄が不足する場合は、別紙を作成します。

**（様式10）**

施設名：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　No.

**福祉避難所物資管理簿**

品　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年月日 | 受入元 | 受入数 | 払出数 | 残数 | 担当者 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**五所川原市→法人（様式11）**

　　年　　月　　日

（法人・団体代表者あて）

　　　　　　　　　　　　　様

五所川原市長

福祉避難所閉鎖決定通知書

　貴法人（団体）が管理する下記の施設について、福祉避難所としての目的を達成したため、閉鎖することを決定いたしましたので通知いたします。

記

　　１　福祉避難所施設名

　　　　　　　　（所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　　２　閉鎖日

　　３　備考

|  |
| --- |
| 市災害対策本部　福祉班　福祉避難所支援窓口福祉避難所連絡員　TEL  FAX  |

**（様式12）**

福祉避難所運営等経費明細書

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 　 |
| 設置期間 | 　　　　　年　　月　　日　　～　　　年　　月　　日 |
| 避難者数（延べ人数） | 　 |

|  |
| --- |
| 福祉避難所の設置・維持管理費 |
| 　　　　　　避難者数　　　　　人　　×　　　　円　　＝　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円　　　 　　　　　　 計　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 給食費 |
| 　　　　　　朝　食　　　　　　食　　×　　　　円　　＝　　　　　　　　円　　　　　　昼　食　　　　　　食　　×　　　　円　　＝　　　　　　　　円　　　　　　夕　食　　　　　　食　　×　　　　円　　＝　　　　　　　　円　　　 　　　　　　 計　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| 人件費 |
| 　生活相談員等　　　　　　日　　×　　　　円　　×　　　　　　人＝　　　　　　　　円　生活相談員等　　　　　時間　　×　　　　円　　×　　　　　　人＝　　　　　　　　円　　　 　　　　　　 計　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

|  |
| --- |
| その他経費 |
| 　（品名）　　　×　　　（単価）　　　　　×　　　（数量）＝　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※備え付けの消耗品等を提供した場合はその単価や内訳が分かるものを添付又は記載してください。 　　　　　　 計　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

合計　　　　　　　　　　円

**施設→市災害対策本部（様式13）**

　　　　年　　月　　日

五所川原市長

（法人・団体名）

（代表者名）　　　　　　　　　印

請　求　書

　「福祉避難所の確保に関する協定書」第６条に基づき、

　　　　　　　　　　　　　　において　　　年　月　日から　　　年　月　日まで開設した福祉避難所の設置及び管理運営に関し、本法人（団体）が行った協力に要した経費として、下記のとおり請求します。

　なお、この請求に係る明細書等は別添のとおりです。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円

**（様式14）**

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　様

　　　　五所川原市長

支払確定通知

　　年　　月　　日付　　　　　　　　で請求のあった福祉避難所の設置及び管理運営に係る経費に対し、　　　　　　　　　　円を支払することに確定したので通知します。

**参考様式１**

**災害発生状況報告（第　　報）**整理№

|  |  |
| --- | --- |
| 報告日時 | 　　年　　月　　日　　午前・午後　　　　時　　　　分 |
| 施設名・施設種別 |  |
| 住所 |  |
| 電話・FAX | 電話　　　　（　　）　　　　 | FAX:e-mail: |
| 報告者名 |  |
| 災害種類 | 地震・水害・風害・雪害・火災・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 被害者の概要及び応急対策の状況 | ○利用者の状況　（利用者総数、被災状況・症状（具体的に）、対応状況・119番通報状況、被災者年齢・性別・氏名、避難状況等）○建物設備の被害状況（建物の損壊（全壊・半壊・一部損壊・床上浸水・床下浸水）、室内損壊、冷暖房設備・ボイラー・トイレ・雨漏り等）○職員の状況（職員参集状況、被災状況等）○ライフラインの状況（電気、上水道、下水道、ガス、電話）○施設周辺の状況（地割れ、陥没、がけ崩れ、法面崩壊、道路寸断）○その他 |

※　利用者・職員の安全を確保後、市施設所管課へＦＡＸ等でお知らせください（速報性重視で）。

　　次の事態が発生した場合は報告してください。①市内で震度５弱以上の地震が発生したとき

　②大雨・洪水・暴風等により市内に災害が発生したとき　③市内に相当規模の災害が発生したとき　④災害により施設利用者・職員・施設設備に被害があったとき（①～③は、被害がない場合でも報告してください。）

　　内容については、把握できた範囲で結構です（任意様式可）。

送付先：五所川原市役所　福祉部　　　　　　　課

（TEL:0173-35-2111　FAX:0173-34-1018）

**健　康　相　談　票 　参考様式２－１**

相談実施場所：避難所（　　　　　）　・　自宅

　　　　　　　仮設住宅（　　　　）　・　その他（　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者区分 | 成人・障がい者（身体・知的・精神）・高齢者・難病・その他 |
| 相談月日：　　　　年　　月　　日　 | 記入者：　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　） |
| 相談方法 | 巡回相談・家庭訪問・面接・電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名 | 　　　　 | 性別男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 住所 | 自　宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話避難先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| バイタルサイン：体温　　　℃　・　脈拍　　　回／分　・　血圧　　　　～　　　mmHg |
| 要介護度・障害支援区分等 | 要介護：　　　　　　　　障害支援区分： |
| ケアマネージャー情報 |
| 主訴 |  |
| 自覚症状 | 循環器症状：めまい・動悸・胸痛・他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）消化器症状：下痢・便秘・胃や腹痛・吐き気・嘔吐・他（　　　　　　　　　　　）精神症状：不眠・不安・いらいら・抑うつ・記憶力低下・他（　　　　　　　　　）その他：発熱・頭痛・咳・喉の痛み・頻尿・残尿・肩こり・頭痛・湿疹かゆみ・発赤・倦怠感・歯の痛み・かめない・飲みにくい・他（　　　　　　　　　　　） |
| 既往症 | 心疾患脳血管疾患高血圧糖尿病その他（　　　　　　　） | 治療中 | 疾患名：治療状況：　　　　　※服薬：中断・継続医療機関： |
| 日常生活状況 |  | 移動 | 着脱 | 排泄 | 意思疎通 | 清潔保持 | 食 事 |
| 全身 | 口腔内 |  | 形態等 |
| 自立 |  |  |  |  |  |  |  | 普通やわらかめペースト状入れ歯（ 有・無 ） |
| 一部介助 |  |  |  |  |  |  |  |
| 全介助 |  |  |  |  |  |  |  |
| 備考（器具） |  |  |  |  |  |  |  |
| その他　　介護者の（　有・無　）　認知症・福祉避難所の必要性の有無など |
| 指導等 | 関係機関への連絡の有・無（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　）連絡内容： |
| 今後の計画（　継続・終了　） |
| その他（　移送方法等　） |

**健　康　相　談　票 　参考様式２－２**

相談実施場所：避難所（　　　　　）　・　自宅

　　　　　　　仮設住宅（　　　　）　・　その他（　　　　）

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者区分 | 乳児・幼児・学童等・妊産婦・その他 |
| 相談月日：　　　　年　　月　　日　 | 記入者：　　　　　　　　（所属　　　　　　　　　） |
| 相談方法 | 巡回相談・家庭訪問・面接・電話・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 氏名 | 　　　　 | 性別男・女 | 生年月日 | 　　年　　月　　日　（　　　歳） |
| 住所 | 自　宅：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話避難先：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| バイタルサイン：体温　　　℃　・　脈拍　　　回／分　・　血圧　　　　～　　　mmHg |
| 主訴 |  |
| 症状 | １ 痛み　　　 なし　あり(部位　　　 　） ６ 皮膚症状　なし　あり(　　　　　　)２ 発熱　　　 なし　あり(　　　　　 ℃） ７ 食欲　　　なし　あり３ 風邪症状　 なし　あり　　　　　　　　 ８ 咀嚼　　　良　　不良４ 胃腸症状　 なし　あり　　　　　　　　 ９ その他(　　　　　　　　　　　　 )５ 外傷　　　 なし　あり(部位　　　　 ) |
| 精神状態 | １ 眠れない　　　　　　　　　　　　　５ やる気がわかない、活力がない２ 気分がすぐれない　　　　　　　　　６ 普段より疲れる３ 落ち着かない、そわそわする　　　　７ イライラする４ 気分が沈む、憂鬱　　　　　　　　　８ その他( ) |
| 既往症 |  | 治療中 | 疾患名：治療状況：　　　　　※服薬：中断・継続医療機関： |
| 生活困難 | １ 水　　　　　　　５ トイレ　　　　　　９ ゴミ２ 食事　　　　　　６ 風呂　　　　　　　10 ペット３ 衣服　　　　　　７ 換気　　　　　　　11 騒音４ 冷暖房　　　　　８ 臭気　　　　　　　12 その他 |
| 必要物 | ミルク（　　　　　　　）　　 バスタオル　オムツ（　　　　　　　）　 　生理用品　ウエットティッシュ　　　　　 その他（　　　　　　　　　）　離乳食　哺乳瓶・マグ |
| 指導等 | 関係機関への連絡の有・無（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　　）連絡内容： |
| 今後の計画（　継続・終了　） |
| その他（　移送方法等　） |