

保護者記入欄

保育所 (※申込の場合は、第一希望園)	年齢クラス	保育所 児童名
---------------------	-------	------------

災害復旧状況等申告書

令和 年 月 日

調布市長 宛

【申立者】氏名

災害復旧状況等について、以下のとおり申立てます。

なお、虚偽の申請により、保育所入所の決定が取り消されることに異議はありません。

復旧対象災害について	災害発生地	<input type="checkbox"/> 国内(可能な限り詳細な地名をご記入ください。) <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 都</td> <td><input type="checkbox"/> 道</td> <td>市区</td> <td>区</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 府</td> <td><input type="checkbox"/> 県</td> <td>町村</td> <td>村</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 国外(国名ほか具体的な地名をご記入ください。)	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	市区	区	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	町村	村												
	<input type="checkbox"/> 都	<input type="checkbox"/> 道	市区	区																		
	<input type="checkbox"/> 府	<input type="checkbox"/> 県	町村	村																		
	災害類型	<input type="checkbox"/> 自然災害 ※該当するものすべてに○をつけてください。 <table border="0" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 森林火災</td> <td><input type="checkbox"/> 火山噴火</td> <td><input type="checkbox"/> 地震</td> <td><input type="checkbox"/> 津波</td> <td><input type="checkbox"/> 台風</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 竜巻</td> <td><input type="checkbox"/> 高潮</td> <td><input type="checkbox"/> 洪水</td> <td><input type="checkbox"/> 豪雨</td> <td><input type="checkbox"/> 土砂</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 地盤沈下</td> <td><input type="checkbox"/> 地盤隆起</td> <td><input type="checkbox"/> 地割れ</td> <td><input type="checkbox"/> 液状化</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他()</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> テロ災害 <input type="checkbox"/> 原子力災害 <input type="checkbox"/> 武力攻撃災害 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 森林火災	<input type="checkbox"/> 火山噴火	<input type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> 台風	<input type="checkbox"/> 竜巻	<input type="checkbox"/> 高潮	<input type="checkbox"/> 洪水	<input type="checkbox"/> 豪雨	<input type="checkbox"/> 土砂	<input type="checkbox"/> 地盤沈下	<input type="checkbox"/> 地盤隆起	<input type="checkbox"/> 地割れ	<input type="checkbox"/> 液状化		<input type="checkbox"/> その他()				
	<input type="checkbox"/> 森林火災	<input type="checkbox"/> 火山噴火	<input type="checkbox"/> 地震	<input type="checkbox"/> 津波	<input type="checkbox"/> 台風																	
<input type="checkbox"/> 竜巻	<input type="checkbox"/> 高潮	<input type="checkbox"/> 洪水	<input type="checkbox"/> 豪雨	<input type="checkbox"/> 土砂																		
<input type="checkbox"/> 地盤沈下	<input type="checkbox"/> 地盤隆起	<input type="checkbox"/> 地割れ	<input type="checkbox"/> 液状化																			
<input type="checkbox"/> その他()																						
災害発生日	年 月 日 から 年 月 日 まで																					
災害名称 ※名称あれば																						
申告者と罹災者の関係	<input type="checkbox"/> 親族(申告者に対する続柄:) <input type="checkbox"/> 知人・友人 <input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> その他() ※ 関係のある罹災者が複数名いる場合は、代表的な方をご記入ください。																					
罹災者に対する証明等の発行	<input type="checkbox"/> 有 (証明等名称: ,写し等の提出 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明																					
復旧活動(予定)期間	年 月 日 から 年 月 日 まで																					
復旧活動内容(予定)	<input type="checkbox"/> 収容施設の供与 <input type="checkbox"/> 炊出しその他飲食料の供給 <input type="checkbox"/> 被服・寝具等生活必需品の給与又は貸与 <input type="checkbox"/> 医療及び助産 <input type="checkbox"/> 罹災者の救出 <input type="checkbox"/> 罹災者の応急修理 <input type="checkbox"/> 学用品の給与 <input type="checkbox"/> 生業に必要な資金, 器具, 資料等の給与又は貸与 <input type="checkbox"/> 埋葬 <input type="checkbox"/> その他()																					
活動内容証明書類	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無																					
所属団体等	団体等所属	<input type="checkbox"/> 有 (下欄に具体的にご記入ください。) <input type="checkbox"/> 無																				
	団体等名称																					
	所在地																					
	代表氏名																					

※ 活動内容・スケジュール等を具体的に示す資料を併せてご提出ください。

※ タイムスケジュール表に、災害復旧状況が分かるように記入してください。