

保護者記入欄

|                    |       |             |
|--------------------|-------|-------------|
| 保育所（※申込の場合は、第一希望園） | 歳児クラス | 7/カナ<br>児童名 |
|--------------------|-------|-------------|

災害復旧状況等申告書

令和 年 月 日

調布市長 あて

【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。<br><input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 市区 <input type="checkbox"/> 区<br><input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村   |
|               |   | <input type="checkbox"/> 国外(国名ほか具体的な地名をご記入ください。)   |
|               | 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。<br>[ <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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( )<br><input type="checkbox"/> テロ災害 <input type="checkbox"/> 原子力災害 <input type="checkbox"/> 武力攻撃災害<br><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<br>※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<br><input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> その他( )<br>※ 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)<br><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<br><input type="checkbox"/> 炊出しその他飲食料の供給<br><input type="checkbox"/> 被服・寝具等生活必需品の給与又は貸与<br><input type="checkbox"/> 医療及び助産<br><input type="checkbox"/> 罹災者の救出<br><input type="checkbox"/> 罹災者の応急修理<br><input type="checkbox"/> 学用品の給与<br><input type="checkbox"/> 生業に必要な資金, 器具, 資料等の給与又は貸与<br><input type="checkbox"/> 埋葬<br><input type="checkbox"/> その他( ) |  |
| 活動内容証明書類      | <input type="checkbox"/> 有( )<br><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。