

保護者記入欄

施設名 (※)	フリガナ	生年月日	年 月 日
	児童名		

(※認可保育所等の申込の場合は、第一希望園)

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 印

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、給付認定や認可保育所等の入所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。 都 道 市 区 府 県 町 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。 [<table border="0"> <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 colspan="5"><input type="checkbox"/> その他()</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。

裏面の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。