

受付番号 \_\_\_\_\_

### り 災 証 明 申 請 書

小国町長 様

下記のとおり、り災したことを証明願います。

令和 年 月 日

窓口に 来た方 又は 電話を した方	住 所			
	フリガナ		生年月日	明大昭平 年 月 日
	氏 名			
	申請者 との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯人 <input type="checkbox"/> 被相続人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	連絡先	(自宅) ( ) - (携帯) - - ※ 連絡の取れる連絡先の記入をお願いします。		
申 請 者	住 所		<input type="checkbox"/> 住所・氏名・ 生年月日は同上 ※ 同上の場合は、チェック	
	フリガナ		生年月日	明大昭平 年 月 日
	氏 名			
	り災物件 との関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 占有者 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
※ 証明が必要 な被災者の氏 名等をお書き ください。 ※ 申請書は、 一つの名義に つき、一つで す。	連絡先	(自宅) ( ) - (携帯) - - ※ 連絡の取れる連絡先の記入をお願いします。同上の場合は、記入不要です。		
	送付先住所 (所在地)			
	り災原因	令和 年 豪雨による水害によるもの		
り 災 物 件	り災年月日	令和 年 月 日		
	り災物件の 所有者名		<input type="checkbox"/> 同上 ※ 同上の場合は、チェック	
	り災場所	小国町		
	り災物件 及び り災状況 ※わかる範囲で 結構です。	<input type="checkbox"/> 専用住宅 棟 (床上浸水( )cm・床下浸水・土砂流入・その他( ))		
		<input type="checkbox"/> 附属家 棟 (床上浸水( )cm・床下浸水・土砂流入・その他( ))		
<input type="checkbox"/> 倉庫 棟 (床上浸水( )cm・床下浸水・土砂流入・その他( ))				
<input type="checkbox"/> 棟 (床上浸水( )cm・床下浸水・土砂流入・その他( ))				
使 用 目 的	<input type="checkbox"/> 保険金請求のため <input type="checkbox"/> 災害見舞金申請のため <input type="checkbox"/> 税の減免申請のため <input type="checkbox"/> その他 ( )		必要枚数 枚	

備 考 (町記入欄)	確 認 欄	証 明 件 数	証 明 手 数 料	取 扱 者 欄
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 納税通知書 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 職員確認 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 番号 ( )	件	無 料	
	◎調査時に確認すること ◎調査時の本人確認 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要		<本人自署>	