

様式第1号(第3条関係)

罹災証明書交付申請書

年 月 日

愛南町長 様

下記のとおり申請します。なお、この申請書に記載された内容を愛南町の関係課等に対し、必要な範囲で提供することについて、同意します。

【来庁者(窓口に来られた人)】

|      |                      |      |  |
|------|----------------------|------|--|
| 住 所  |                      | 氏 名  |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 電話番号 |  |

※来庁者が申請者本人又は申請者の同一世帯人でない場合は、委任状が必要です。

【申請者(罹災証明が必要な人)】

来庁者と同じ(来庁者と同じ場合は、「レ」を記入し、本欄の記入は不要)。

|      |                      |      |  |
|------|----------------------|------|--|
| 住 所  |                      | 氏 名  |  |
| 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和<br>年 月 日 | 電話番号 |  |

| 罹災世帯<br>の構成<br>(住家に係る場<br>合のみ記入く<br>ださい。) | 氏 名 | 性別 | 続柄 | 生年月日 |
|-------------------------------------------|-----|----|----|------|
|                                           |     |    |    |      |
|                                           |     |    |    |      |
|                                           |     |    |    |      |
|                                           |     |    |    |      |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| 罹災物件の<br>所在地    | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ(申請者住所と同じ場合は、「レ」を記入し、住所の記入は不要)。<br>愛南町                                                                                                                                                                                                                  |     |  |
| 罹災物件の<br>種別     | <input type="checkbox"/> 住 家( <input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 店舗兼住宅 <input type="checkbox"/> その他 [ ] )<br><input type="checkbox"/> 非住家( <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> 店舗・事務所 <input type="checkbox"/> その他 [ ] ) |     |  |
| 罹災物件と<br>申請者の関係 | <input type="checkbox"/> 居住者 <input type="checkbox"/> 居住者の同一世帯人 <input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 所有者の同一世帯人<br><input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                       |     |  |
| 罹災原因            | 年 月 日の による。                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |  |
| 必要枚数            | 枚                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 提出先 |  |
| 使用目的            |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |
| 備 考             |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |  |

※下記は、記入しないでください。

|        |                                                                                                                                                                        |     |                                                               |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------|
| 受付番号   |                                                                                                                                                                        | 調 査 | <input type="checkbox"/> 現地調査 <input type="checkbox"/> 自己判定方式 |
| 本人確認書類 | 本人確認： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他( )<br>社員確認： <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他( ) |     |                                                               |