

罹災証明書等交付申請書

（記入例）

桜川市長殿

（申請日）令和〇〇年 〇〇月〇〇日

※申請日および太枠内を記入してください。

申請者	住所 桜川市羽田1023					
	フリガナ 氏名 桜川 太郎	罹災者との関係 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他代理人()				
	現在の居所・連絡先 同上 TEL 0296 (58) 5111					
罹災原因	<input type="checkbox"/> 暴風 <input type="checkbox"/> 竜巻 <input type="checkbox"/> 豪雨 <input type="checkbox"/> 豪雪 <input type="checkbox"/> 洪水 <input type="checkbox"/> 崖崩れ <input type="checkbox"/> 土石流 <input type="checkbox"/> 高潮 <input checked="" type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 津波 <input type="checkbox"/> 噴火 <input type="checkbox"/> 地滑り <input type="checkbox"/> その他()					
罹災日時	令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日(〇) <input checked="" type="checkbox"/> 午前・午後 〇〇時 〇〇分頃					
罹災者	住所 桜川市羽田1023					
	フリガナ 氏名 桜川 太郎	連絡先 TEL 0296 (58) 5111				
罹災世帯の 構成員 ※罹災建物が貸家 の場合は不要	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
	桜川 太郎	世帯主				
	桜川 花子	妻				
	桜川 咲子	子				
	桜川 さくら	母				
罹災建物 ※アパート等の 名称、部屋番 号も記入	所在地 桜川市羽田1023 <input checked="" type="checkbox"/> 地番					
	<input checked="" type="checkbox"/> 住家 または <input type="checkbox"/> 非住家() <input checked="" type="checkbox"/> 木造・プレハブ または <input type="checkbox"/> 非木造 <input checked="" type="checkbox"/> 持家 または <input type="checkbox"/> 貸家 または <input type="checkbox"/> 借家(所有者住所 氏名)					
使用目的	<input type="checkbox"/> 保険請求 <input type="checkbox"/> 融資 <input type="checkbox"/> 税控除 <input type="checkbox"/> 会社提出 <input checked="" type="checkbox"/> 各種公的支援申請 <input type="checkbox"/> その他()					
申請枚数	1 枚	被害写真 <input checked="" type="checkbox"/> 有(5 枚)	調査番号	※調査済証がある場合		
郵送	<input type="checkbox"/> 希望(送付先干 氏名)					

<自治体確認欄>

本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住基カード(写真付き) <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()		
調査立会希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(日時指定なし) <input type="checkbox"/> 有(希望日時 月 日 :)		
個人識別番号	※住民基本台帳で確認	家屋物件番号	※家屋課税台帳で確認
		申請番号	※システムで確認