

# 罹災証明願

年 月 日

利尻富士町長 田村 祥三 様

申請者 住 所

氏 名 ⑩

代理人 住 所

氏 名 ⑩

被害者との関係

下記のとおり罹災したことを証明願います。

記

災害発生年月日	年 月 日	
災害の原因		
罹災者氏名		
罹災内容	罹災場所	利尻郡利尻富士町
	罹災物件	<input type="checkbox"/> 住 宅 <input type="checkbox"/> 非住宅 <input type="checkbox"/> その他
		<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借 家
	所有者氏名	
罹災程度	<input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 一部損壊 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 床下浸水	
使用目的及び必要枚数	(目的)	(枚数) 枚