

記入例

被災届

申請日をご記入ください

年 月 日

殿

世帯主の住所・氏名・日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(罹災証明に記載のある世帯主の方)

住所
届出者 氏 名
電 話

下記のとおり災害による被害を受けたので届け出ます。
火災

記

被災年月日	R5年 6月 2日～3日																		
被災場所	<input type="checkbox"/> 届出者の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他(豊川市	<input checked="" type="checkbox"/> どちらかにレ点をうち、その他の場合は住所の記載をお願いします。																	
被災の原因	<input type="checkbox"/> 暴風 <input checked="" type="checkbox"/> 豪雨 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> 火災 <input type="checkbox"/> その他(
被災の程度	<input type="checkbox"/> 被災世帯に属する者の死亡																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>死亡した者の氏名</th> <th>生 年 月 日</th> <th>死 亡 年 月 日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td>年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	死亡した者の氏名	生 年 月 日	死 亡 年 月 日		年 月 日生	年 月 日		年 月 日生	年 月 日		年 月 日生	年 月 日						
死亡した者の氏名	生 年 月 日	死 亡 年 月 日																	
	年 月 日生	年 月 日																	
	年 月 日生	年 月 日																	
	年 月 日生	年 月 日																	
	<input type="checkbox"/> 被災世帯に属する者の1週間以上の入院加療を要する負傷																		
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>負傷した者の氏名</th> <th>生 年 月 日</th> <th>医療機関の名称</th> <th>入 院 期 間</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日生</td> <td></td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> </tbody> </table>	負傷した者の氏名	生 年 月 日	医療機関の名称	入 院 期 間		年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで		
負傷した者の氏名	生 年 月 日	医療機関の名称	入 院 期 間																
	年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで																
	年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで																
	年 月 日生		年 月 日から 年 月 日まで																
	<input type="checkbox"/> 住居の滅失 <input type="checkbox"/> 全壊 <input type="checkbox"/> 全焼 <input type="checkbox"/> 半壊、半焼等相当程度の住居の損害 <input type="checkbox"/> 半壊 <input type="checkbox"/> 半焼 <input type="checkbox"/> その他(
	<input type="checkbox"/> 一時的に居住することができない程度の住居の損害 <input type="checkbox"/> 床上浸水 <input type="checkbox"/> 土砂のたい積 <input type="checkbox"/> その他(
避難場所等前記以外の届出者の連絡先 居所又は現在地 電話 現在、住所以外の場所に避難されている場合はこちらに記載をお願いします。																			

備考 該当する□にレ印を記入してください。