

整理番号	
------	--

罹災証明書交付申請書

小山市長 様  
以下のとおり申請いたします。

申請者 <input type="checkbox"/> (窓口に來られた方)		住所 フリガナ 氏名 電話番号		年 月 日		
申請者と罹災物件との関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 所有者の同一世帯の親族 <input type="checkbox"/> 所有者の代理人 <input type="checkbox"/> 居住者 <input type="checkbox"/> 居住者の代理人 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
罹災した世帯員 (申請者が居住者 又は居住者の代理人 の場合に記入)	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
		世帯主				
証明書の送付先	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ <input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 ( )					
罹災日時	令和 年 月 日 時 分 ころ					
罹災原因	<input type="checkbox"/> 風水害 <input type="checkbox"/> 地震 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
罹災場所 (所在地)	小山市					
罹災物件	用途	<input type="checkbox"/> 住家 <input type="checkbox"/> 併用住宅(店舗や事務所との併用) <input type="checkbox"/> 非住家( )				
	構造	<input type="checkbox"/> 木造 <input type="checkbox"/> 非木造	階数	階建	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> 借家	
	被害の状況	状況 (なるべく具体的に) <input type="checkbox"/> 床上浸水 (床上+ cm) <input type="checkbox"/> 床下浸水				
証明書の用途	<input type="checkbox"/> 保険金請求 <input type="checkbox"/> 税控除 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
必要通数	通					

◆自己判定方式を希望する場合は、次の内容に同意が必要です。

<input type="checkbox"/> 罹災証明書の交付申請にあたり、「自己判定方式」による判定を希望します。 また、被害の程度が「準半壊に至らない (一部損壊)」に決定されることに同意します。
---

※太枠内をご記入ください。

※代理人による申請の場合は、委任状が必要です。

※ご申請いただいた内容は適切に管理し、罹災状況調査及び被災者支援に係る事務に限り、本市関係各課において使用します。

※受付処理欄	物件番号：	所有者宛名コード：		
被害状況確認	本人確認		受付者	発行
<input type="checkbox"/> 被害状況の写真 <input type="checkbox"/> 被害を証明できる書類 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( )			( )