

## 罹災証明書交付申請書

令和〇年〇月〇日

大洲市長様

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大洲市の関係課等に対し、必要な範囲で提供することについて、同意します。

- ・罹災証明書が必要な物件の種別 住家 非住家  
※住家の罹災世帯主と非住家の所有者が異なる場合は、それぞれで申請書を記入してください。  
※同一住家に複数の世帯で居住している場合は、世帯ごとに申請書を記入してください。  
※所有者の異なる複数の非住家物件がある場合は、所有者ごとに申請書を記入してください。

（窓口に来た人） 来庁者	住所	〒795-〇〇〇〇 大洲市〇〇〇〇番地		フリガナ 氏名	大洲 太郎 大洲 太郎	
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		電話番号	〇〇-××××	
	罹災世帯主、所有者等との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同一世帯人 <input type="checkbox"/> その他[ ] ※委任状が必要				

## 1. 住家について ※罹災証明書に世帯主及び世帯構成員が印字されます。

（申請者） 罹災世帯主	住所	〒795-〇〇〇〇 大洲市〇〇〇〇番地		フリガナ 氏名	大洲 太郎 大洲 太郎	
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日		電話番号	〇〇-××××	
	物件との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 居住者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
世帯構成員	氏名	続柄	生年月日	氏名	続柄	生年月日
	大洲 花子	妻	〇〇年〇〇月〇〇日			
	大洲 二郎	子	〇〇年〇〇月〇〇日			
	大洲 三子	子	〇〇年〇〇月〇〇日			

住家 1	種別	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 店舗兼住宅 <input type="checkbox"/> 事務所兼住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	所在地	大洲市〇〇〇〇番地				
住家 2	種別	<input type="checkbox"/> 住宅 <input type="checkbox"/> 店舗兼住宅 <input type="checkbox"/> 事務所兼住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	所在地					

（裏面に続く）

2. 非住家について ※罹災証明書に所有者又は使用者が印字されます。

所有者又は使用者 (申請者)	住所又は所在地	〒		フリガナ 氏名又は法人名 ・代表者役職・氏名	
	生年月日		電話番号		
	物件との関係	<input type="checkbox"/> 所有者 <input type="checkbox"/> 使用者 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

非住家 1	種別	<input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	所在地				
非住家 2	種別	<input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	所在地				
非住家 3	種別	<input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	所在地				
非住家 4	種別	<input type="checkbox"/> 貸家 <input type="checkbox"/> 空き家 <input type="checkbox"/> 倉庫 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	所在地				

3. 罹災証明書について

必要枚数	住家 各 1 枚 非住家 各 枚	提出先	〇〇〇〇
使用目的	〇〇〇〇 のため		
交付方法	<input checked="" type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送		
送付先	<input type="checkbox"/> 来庁者と同じ <input type="checkbox"/> 罹災世帯主と同じ <input type="checkbox"/> 所有者又は使用者と同じ <input type="checkbox"/> 下記の住所(居所)		
	送付先：〒 _____ 宛名： _____ 様宛 連絡先： _____		

【市記入欄】

罹災原因	年 月 日の による		
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	個人： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 法人： <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
メモ			