


罹災証明書等交付申請書

志賀町長 様

令和6年 〇月 〇日

次のとおり、罹災証明書等の交付を申請します。

証明事項	<input checked="" type="checkbox"/> 罹災証明書（住家等）	<input type="checkbox"/> 被災証明書（不動産及び動産）	
被災原因	令和6年1月1日発生 の 能登半島地震 による		
申請者の住所※1 （住民票の住所）	〒925-0141 志賀町高浜町アの100番地1 （TEL： 090-1234-5678 ）		
現在の連絡先 【避難先等】	〒925-0198 <input type="checkbox"/> ※1と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 志賀町末吉千古1番地1 （TEL： 090-1234-5678 ）		
フリガナ	シカ タロウ		
申請者氏名 （交付を受けようとする者）	志賀 太郎		
被災住家等の所在地	志賀町	<input checked="" type="checkbox"/> ※1と同じ場合は <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。  現在の居所と住民票の住所が同じ場合	
家屋の種類	住家※	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※現実に居住のため使用している建物のことをいう	
	非住家	<input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 工場 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
住家等以外の被害の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	※有の場合の対象物（不動産及び動産） （ ）	
世帯構成員	氏名	続柄	生年月日
	志賀 太郎	世帯主	昭和28年10月20日
	志賀 はな	妻	昭和30年1月26日
	志賀 花子	母	昭和5年5月9日
	志賀 あかり	子	昭和55年10月10日
	志賀 次郎	子	平成2年2月20日

裏面もご記入ください。

被害状況 (具体的に記入してください)	外壁、内壁の損傷 瓦の破損 棟瓦のずれ ※浸水被害があった場合 浸水の深さ (□床下浸水 □床上浸水 _____ cm)		
自己判定方式	罹災証明書の交付にあたり、「自己判定方式」により申請することを希望し、当該住家等の被害の程度が、「準半壊に至らない(一部損壊)」であることに同意します。 ※同意される方は <input checked="" type="checkbox"/> を付してください。		
世帯構成員の表示	<input type="checkbox"/> 希望しません	住家等の損害割合が10%未満の場合で、申請者が、被害程度を「一部損壊」とすることに同意する場合は、必ず、チェックをいれてください。 例(瓦の一部落下、外壁の一部ひび割れ、雨どいの損傷、窓ガラス破損など)。	
	<input checked="" type="checkbox"/> 希望します (世帯全員の氏名・続柄・生年月日が表示されます)		
罹災証明書等を受け取る方法及び場所	<input checked="" type="checkbox"/> 郵送【表面1)の住所又は所在地】 <input type="checkbox"/> 郵送【表面2)の現在の連絡先(避難先)】 <input type="checkbox"/> 郵送【委任状の代理人宛へ送付】 <input type="checkbox"/> 窓口での受け取り <input type="checkbox"/> 郵送【上記以外(下記へ送付)】	証明書 の必要 な枚数	1 枚
	〒 _____ (方書: _____)		
罹災証明書等の使用目的	加入している地震保険のお見舞金申請の添付書類として必要なため 等		

申請者(志賀 太郎)に代わって同一世帯以外の方が提出する場合に記入してください。

※代理人による申請の場合は、委任状を記入してください。

委 任 状			
私は、下記の代理人に罹災証明書の交付申請に関する権限について委任します。			
令和 ○年 ○月 ○日			
申請者氏名 志賀 太郎 (署名または記名押印)			
フリガナ	ハクイ ウミ	生年月日	
代理人氏名	羽咋 海	昭和 20 年 4 月 19 日	
申請者との関係	姉	電話番号	080-9876-5432