

様式第2号（第4条関係）

罹災届出証明願

年 月 日

泉佐野市長 様

住所
申請者 氏名 印
(罹災者)
電話

次のとおり、罹災の状況を届け出たことを証明願います。

罹災原因		
罹災年月日	年 月 日(曜日) 時 分頃	
罹災場所	泉佐野市	
罹災物件	<input type="checkbox"/> 建物 用途【 】 構造【 】	<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
	<input type="checkbox"/> その他 【 】	
罹災内容		
罹災届出証明書の提出先		

上記のとおり罹災の届出を受付したことを証明する。

年 月 日

泉佐野市長 千代松 大耕 印