

罹災証明願（事業用・建物以外）

令和 年 月 日

岩沼市長 殿

【証明願人】

市処理欄

受付日	受付No.

住所	〒
法人名・屋号	
代表者名	
担当者名	
連絡先電話番号	

決裁（ ）

課長	担当	公印押印者

次のとおり被害を受けたことを証明願います。

罹災原因	令和4年3月16日の地震による
被害を受けた事業所の所在地	<input type="checkbox"/> 証明願人の住所と同じ
	<input type="checkbox"/> 証明願人の住所と異なる場合 (岩沼市 )

被害を受けた資産名と被害の内容	
資産名	被害の内容

証明の必要な理由	<input type="checkbox"/> 損害保険等の給付金請求に必要なため
	<input type="checkbox"/> その他 ( )

添付書類	<input type="checkbox"/> 被災状況がわかる写真
------	-------------------------------------

罹災証明書の送付先	<input type="checkbox"/> 証明願人の住所に郵送
	<input type="checkbox"/> 指定住所に郵送 (〒 - )

罹災証明書（事業用）

岩防証第3 - 号

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

岩沼市長 菊地 啓夫