

罹災証明願（事業用・建物）

岩沼市長 殿

令和 年 月 日

【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)
被害を受けた事業所の種類	<input type="checkbox"/> 営業所・店舗 等 <input type="checkbox"/> 倉庫
	<input type="checkbox"/> その他 ()
被害を受けた事業所の所有者	<input type="checkbox"/> 証明願人に同じ
	<input type="checkbox"/> 氏名： 続柄
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
	<input type="checkbox"/> 別紙[被害状況について]
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 (〒 -)
	送付先氏名：

市処理欄

受付No.	宛名CD	世帯CD	字CD	場所