

様式第1号（第6条関係）

証明書交付申請書

年 月 日

気仙沼・本吉地域広域行政事務組合
殿

申請人住所
氏名
電話番号

下記証明書の交付を申請します。

| | | | | |
|-------------------------------------|--|---|----------|---|
| 種 類 | <input type="checkbox"/> 災証明書 ・ <input type="checkbox"/> 救急搬送証明書 ・ <input type="checkbox"/> その他の証明書 | | 枚数 | 通 |
| 目的及び提出先 | <input type="checkbox"/> 保険金請求 ・ <input type="checkbox"/> 各種控除 ・ <input type="checkbox"/> 登記 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） 提出先（ ） | | | |
| 災 害 の 内 容 (①, ②のいずれかを記入) | 発 生 月 日 | | | |
| | り災・発生場所 | | | |
| | ①り災物件の住所 申請人との関係 | <input type="checkbox"/> 占有 ・ <input type="checkbox"/> 管理 ・ <input type="checkbox"/> 所有 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | ②被搬送者の住所 氏名・申請人との関係 | <input type="checkbox"/> 本人 ・ その他（ ） | | |
| 窓口に来られた方 (本人以外の場合, 住所・氏名を記入) | <input type="checkbox"/> 本人 ・ <input type="checkbox"/> 配偶者 ・ <input type="checkbox"/> 同居親族 ・ <input type="checkbox"/> 血族二親等以内 ・ <input type="checkbox"/> 社員等 <input type="checkbox"/> 代理人 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | |
| | 住 所 | | | |
| | 氏 名 | | | |
| 備 考 ※ | | | 受 付 ※ | |

※は記入しないこと。

窓口に来られた方が申請人の配偶者，同居親族及び血族二親等以内の者又はり災対象物の社員等である場合を除き，委任状を添付すること。