

社会福祉法人 福利厚生センター理事長殿

法人名

代表者名



(法人・会員共通)

災害見舞金罹災報告書

記

1. 罹災施設(職員)の所在地 :
2. 罹災年月日 : 20 年 月 日
3. 罹災施設(職員)名 施設の名称(職員の氏名) :

契約番号 :

4. 罹災の種類と被害状況

(以下に○印)

- ①災害救助法の適用 : 受けている
- ②罹災状況 : 半壊(半焼)以上 または 床上浸水以上
- ③添付書類 : 罹災証明書 または 罹災状況がわかる写真等
- ④罹災の種類: 地震 水害 その他()
- ⑤被害状況