

(様式1)

罹災見舞金申請書

年 月 日		
公益社団法人島根県看護協会長 様		
※1 申請者氏名		
住 所		
連 絡 先		
勤務先 (施設会員のみ)		
罹災年月日	年 月 日	
被害程度	家 屋	全焼 全壊 半焼 半壊 傾斜
	床上浸水	c m
	そ の 他	

※1 消防署・市町村等発行の罹災証明書その他これらに準ずる書類の写しを添付してください。

施設代表者 又は支部長 の証明	上記のとおり証明します。	
	年 月 日	
	※2 役職名	
	氏 名	(印)

※2 役職名は、施設での役職名又は〇〇支部長と記載してください。