

災害弔慰金支給調査票

決定番号

死亡に関する事項	フリガナ		性別	生年月日			
	死亡者の氏名		男	女	明治・大正・昭和・平成		
	死亡月日	平成	年	月	日		
	住所	田村市	町	字	番地		
	死亡の状況	災害名	東日本大震災	死亡した場所			
	(行方不明)	<input type="checkbox"/> 家屋等の倒壊 <input type="checkbox"/> その他()					
	被災時は入院・入所中でしたか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい:(入院・入所先)				
遺族に関する事項	順位	続柄	氏名	住所		備考	
	1	配偶者					
	2	子					
	3	養父母					
	4	父母					
	5	孫					
	6	祖父母					
	7	兄弟姉妹					
支給に関する事項	災害弔慰金を支給する遺族について	氏名(フリガナ)		順位	続柄	連絡先電話番号(携帯電話等)	
						-	
		住所	現在の住所				
			被災時の住所				
		先順位者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		同順位者の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
先順位者又は他の同順位者に支給しなかった理由	<input type="checkbox"/> 先順位者及び同順位者が行方不明のため <input type="checkbox"/> 同順位者で協議し、受給者を決定したため <input type="checkbox"/> その他			支給制限事由に該当の有無	※記入不要 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
備考							

上記のとおり届出いたします。

平成 年 月 日

住所

氏名

Ⓜ

※避難をした場合にのみ記入をお願いします。

①避難をした理由

[]

②誰と避難をしたのか

[]

避難
の
状
況

③避難先とその状況

[]