

【様式1】

※ 記入例

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	タムラシ イチロウ	性別	生年月日		
	死亡者の氏名	田村市 一郎	男	女	明治・大正・昭和・平成	
	死亡月日	平成23年 3 月 15 日				
	住所	田村市 船引町 船引 字 馬場川原 20 番地				
	死亡の状況	災害名	東日本大震災	死亡した場所	田村市船引町船引字馬場川原20番地	
	(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	田村市 太郎	死亡者に同じ		
			田村市 花子	〃		
	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)	
		タムラシ タロウ	2	子	090-1234-5678	
		田村市 太郎				
		住所	現在の住所	田村市 船引町 船引 字 馬場川原 20 番地		
			被災時の住所	田村市 都路町 古道 字 馬場川原 20 番地		
		先順位者の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無		同順位者の有無	<input checked="" 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 checked="" 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 田村市 船引町 船引 字 馬場川原 20 番地

氏名 田村市 太郎 (印)

(配偶者があれば、配偶者で申請)