

様式第1号

## 被災届

社会福祉法人知立市社会福祉協議会長 殿

受給資格者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

下記のとおり被災しました。

被災年月日	平成 年 月 日
被災場所	
被災原因	地震・暴風・豪雨・洪水・火事・その他（ ）
死亡	(氏名) (年齢) (死因)
負傷	(氏名) (年齢) (傷病名)
入院加療を必要とする期間 (1週間以上)	(入院した場合、その医療機関の名称及び所在地)
住 宅	
家 財	
世帯を構成する者の 氏名及び続柄	