

災害・長期療養見舞金申請書

年 月 日

岡山県看護連盟
会長 井上 純子 殿

施設名 _____
施設代表者名 _____

会員番号（7桁数字） _____

会員氏名 _____

会員住所 _____

該当箇所へ○印をつけ必要項目をご記入ください

1. 罹災見舞金

区 別	被 害 程 度
1. 罹災日 年 月 日	1. 家屋全壊
2. 災害の区分	家屋半壊
①地震	家屋傾斜
②火災	2. 家屋全焼
③風水害	家屋半焼
④上記以外の災害	3. 床上浸水
3. 住居	4. その他
①自家	〔 〕
②賃貸（借家 アパート等）	

2. 長期療養見舞

療養期間 年 月 ～ 年 月

3. 備 考