

能登半島地震による被災者見守り対策強化事業利用申請書

珠洲市長

申請者 住所

氏名

(利用者との続柄)

電話番号

令和 6 年能登半島地震による被災者見守り対策強化事業の利用を申請します。

利用者	住所又は 仮設団地名	〒 (仮設住宅の場合は、団地名および部屋番号)			
	ふりがな		電話番号		
	氏名	(男・女)	血液型	型	
	生年月日	年 月 日	罹災証明	全壊・大規模半壊・中規模半壊 ・半壊・準半壊・一部損壊・未申請	
	かかりつけ医院		電話番号		
	既往歴				
	障害の状態				
同居人	氏名		年齢 歳	続柄	
	氏名		年齢 歳	続柄	
	氏名		年齢 歳	続柄	
世帯員数	人				
利用者の他に世帯員がいる場合の申請理由 (他の世帯員は就労しているため、申請者が仮設住宅等に一人になる時間が長いなど)					
緊急連絡先	ふりがな		電話番号		
	氏名		続柄		
	住所	〒			
	ふりがな		電話番号		
	氏名		続柄		
	住所	〒			

電登 話録 番号 希望	ふりがな 氏名		電話番号	
			続柄	
	ふりがな 氏名		電話番号	
			続柄	