**災 害 被 害 届**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区名 | |  | | 氏　名 |  | | | | |
| 被災  物件 | 区分  （○印） | | １．診療所と住宅が同じ建物　　２．診療所　　３．住　宅 | | | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | | | |
| 被 災 年 月 日 | | | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | 午 前  午 後 | 時頃 |
| （該当へ○印） | | | １．焼失　 ２．破壊　 ３．流失 | | | | 床下浸水（水深）　　　cm | | |
| 指定物件の  被災の程度 | | | 建物全体の | | | ％ | 床上浸水　　　　　　　cm | | |
| 診療室の | | | ％ | 水　　没 | | |
| 被災の為休診した日数 | | | | 日 | | | 浸水日数　　　　　　　日 | | |
| 状　況 | | 該当 | | | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　住　　　所  　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞    岡山県歯科医師会共済事業部会 　殿 | | | | | | | | | |
| （註）添付書類（写真及び被災場所の平面図） | | | | | | | | | |