

災 害 被 害 届

|                         |               |                                        |                    |
|-------------------------|---------------|----------------------------------------|--------------------|
| 地区名                     |               | 氏 名                                    |                    |
| 被災物件                    | 区分<br>( ○ 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                |
| 被災の為に休診した日数             |               | 日                                      | 浸水日数      日        |
| 状 況                     | 該当            |                                        |                    |
| 令和      年      月      日 |               |                                        |                    |
| 住 所                     |               |                                        |                    |
| 氏 名      (印)            |               |                                        |                    |
| 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)