受付番号

関連死等の申立書

死亡者氏名		（生年月日　　生）
いつ（死亡日）		年　　月　　日
どこで（死亡場所）		自宅・病院・施設・その他（　　）
死亡の原因		
既往症		有（　　年　　月頃から）・　　無
	地震前の状態	
月　日（時間）		経　　過

上記のとおり相違ないことを申し立ていたします。

年　　月　　日

（申立人）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月　　日（時間）	経　　過