

被災状況報告書

発信年月日 年 月 日

近畿税理士会 御中

支 部： _____

氏 名： _____

登録番号： _____

通 報 者：本人・代理人 (_____)

1. 緊急連絡先

電 話 番 号 (その他の連絡方法)		本人 ・ 家族 ・ その他
-----------------------	--	---------------

2. 人的被害

税 理 士 会 員 本 人	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 軽 傷 ※医師の治療を要した傷害 <input type="checkbox"/> 重 症 ※入院を要した傷害 <input type="checkbox"/> 死 亡
家 族	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 軽 傷 ※医師の治療を要した傷害 (人) <input type="checkbox"/> 重 症 ※入院を要した傷害 (人) <input type="checkbox"/> 死 亡 (人)
事 務 所 職 員	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 軽 傷 ※医師の治療を要した傷害 (人) <input type="checkbox"/> 重 症 ※入院を要した傷害 (人) <input type="checkbox"/> 死 亡 (人)

3. 物的被害

事 務 所 ※自宅と兼用の場合 はこちらに記入	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 一部損壊 ※執務に影響がない損壊、又は床下浸水 <input type="checkbox"/> 半壊・焼 ※補修をするまで執務できない損壊・焼失、又は床上浸水 <input type="checkbox"/> 全壊・焼 ※建替えなければ執務できない損壊・焼失
自 宅	<input type="checkbox"/> 被害なし <input type="checkbox"/> 一部損壊 ※居住に影響がない損壊、又は床下浸水 <input type="checkbox"/> 半壊・焼 ※補修をするまで居住できない損壊・焼失、又は床上浸水 <input type="checkbox"/> 全壊・焼 ※建替えなければ居住できない損壊・焼失

4. 業務継続の可否

業 務 継 続	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 業務継続できない ⇒ 「5. その他」に状況を書いてください。
---------	---

5. そ の 他

※被災状況に変化があった場合には、本様式により追加で連絡してください。