

受領保険金等に関する誓約書

平成 31 年〇月〇日

愛媛県知事 ○○ ○○ 様

現在の県知事名（フルネーム）を記載してください。

（補助事業者）

住所 **市△△町〇-〇

名称（氏名） 愛媛県庁株式会社

代表者職氏名 代表取締役 愛媛 一郎

印

平成 30 年 7 月豪雨による災害の被害を受けたことが困難となったもののうち、中事業を行うのに不可欠である施設・「保険金等」という）は、以下のと

法人は登記された代表者印を、個人は、認印で結構です。

※印鑑は、認定申請・交付申請時に使用したものと同一印鑑を使用してください。

する
づき
以下

1 保険金等の有無

保険金等の有無	
	保険金等の受領は、一切ありません。
○	保険金等の受領は、以下の「2 受領の保険金等」のとおりです。
	以下の「2 受領の保険金等」の保険金等の受領額が未確定です。保険金等の受領額が確定され次第、直ちに報告します。

※ 該当する箇所に「○」を記入してください。

2 受領保険金等

保険会社名等	証券番号	受領年月日	受領保険金等の額	保険対象範囲 (認定時の記号・No.)
○○保険会社	****	平成 31 年〇月〇日	4,824,500 円	A
○○保険会社	****	平成 31 年〇月〇日	657,100 円	A 1、A 2
○○保険会社	****	平成 31 年〇月〇日	145,200 円	A 3
			円	
			円	

補助事業実績書における受領保険金額③の額を記載してください。

※行が不足する場合は、適宜、別紙を作成するか、行を追加してください。

※本書に記載の保険金等がわかる書類（明細書、契約書など）を添付してください。

※施設・設備ごとの保険金額の内訳がない場合は、「保険対象範囲」を空欄としてください。

※保険金等の受領額が未確定の場合は、記載できる範囲で記載してください。