

様式2

医療施設等災害復旧費実地調査表(個表)
(施設名:)

名 称	被害申請額				査 定 額				備 考
	数量	単位	単価	金額	数量	単位	単価	金額	
計				0					

(注) 災害箇所は、別添建物配置図朱記のとおり。
(写真も添付するときは番号を付し、災害箇所と対比させること。)