様式第１号

消火薬剤詰替等補助申請書

一般社団法人北海道消防設備協会旭川支部長　様

申請者　住所

氏名

電話番号　　（　　）

火災により、私が所有する消火器を使用したので、消火薬剤の詰め替え等の補助申請をします。

なお、貴協会の補助基準に適合しない場合は、却下されても異議申立等はしません。

（消防機関記載欄）

１　火災の内容

（1）　出火（覚知）日時

年　　月　　日　　時　　分頃

(2)　　出火場所（住所・名称・物件）

(3)

２　使用した消火器の種別等

（1）　消火器種別等

種別	消火器の型	補助申請本数
粉　末	（　加圧・　蓄圧　）　　型	本
	（　加圧・　蓄圧　）　　型	本
強化液	（　加圧・　蓄圧　）　　型	本
	（　加圧・　蓄圧　）　　型	本
その他		

※　「その他の型」欄には「住宅用、泡」などの種別と型を記入してください。

（2）　設置保管場所

□申請者住所と同じ　　□次の場所で設置保管

所在地

名　称　　電話番号

記載消防職員所属氏名

（受領確認欄）

私は、上記のとおり申請した消火器を受領しました。

（この欄は消火器を受領するまで記入しないでください。）

平成　　年　　月　　日　　氏　名（署名）