

連 帯 保 証 人

平成 年 月 日

双葉町長 様

申請者(本人)氏名 ⑩

次のとおり連帯保証人の承認願います。

なお、承認されたときは、連帯保証人は、本人と連帯して双葉町災害支援特別資金貸付金条例に基づく貸付金の返還の債務を負担します。

| | | |
|-----------------------|-----------------------|---|
| 連 帯 保 証 人 | (ふりがな) | |
| | 氏 名 | ⑩ |
| | 生年月日 | |
| | 現在住まわれている住所 | |
| | 双葉町で住まわれていた住所 | |
| | 電話番号 (連絡の取れる携帯電話等) | |

割印

割印

- ※ 免許証等のコピーを添付する。
- ※ 3部作成し割印をお願いいたします。
- ※ 貸付金が一人につき5万円以下の場合には提出の必要がありません。