様式第２号（第5条第1項関係）

佐井村犯罪被害重傷病見舞金支給申請書

令和　　年　　月　　日

佐　井　村　長　　様

（申請者）

住　　所

氏　　名（※）

被害者との続柄

電話番号

以下により、重傷病見舞金の支給を申請します。

被害者	氏名（フリガナ	□申請者に同じ（フリガナ：　　）
	生　年　月　日	年　　月　　日
	住　　所	佐井村大字　　字
被害の発生を知った日		年　　月　　日
被害発生日		年　　月　　日
警察署の被害届等受理日		年　　月　　日 （　　）警察署　受理番号（　　）
負傷の状況		別紙診断書のとおり

見舞金支給事務において必要な事項について、村の保有する公簿、他の支援の申請で提出した書類等により内容を確認すること及び関係機関へ照会することに同意します。

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考

1　氏名（※）が申請者本人の自署によらない場合は、記名押印してください。

2　代理申請の場合は、代理人と申請者との続柄を証明することができる書類を添付してください。