

様式第1号（第6条関係）

佐井村犯罪被害日常生活支援助成金支給申請書

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

次のとおり、心理相談料助成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					
	被害時の住所	佐井村大字 字					
	死亡年月日（死亡の場合）	年 月 日					
心理相談を受ける人		☐ 申請者に同じ					
青森県警察本部心理相談		☐ 有 最後に受けた日： 年 月 日 ☐ 無					
あおり被害者支援センター 心理相談		☐ 有 受けた日：1回目 年 月 日 2回目 年 月 日 3回目 年 月 日 4回目 年 月 日 ☐ 無					
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 ()					

助成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、代理人と申請人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。