

佐井村犯罪被害者遺族見舞金支給申請書

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、遺族見舞金の支給を申請します。

被害者	氏 名 (フリガナ)		
	生 年 月 日	年 月 日	
	住 所	佐井村大字 字	
	死 亡 年 月 日	年 月 日	
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 ()	
被害者に係る重傷病見舞金支給申請の有無		有 ・ 無	
順位 他の 遺族 第 一	氏 名	被害者との 続 柄	住 所
備 考			

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。