

被害回復給付金支給申請書

神戸地方検察庁 検察官 殿 平成 年 月 日

申請人 フ リ ガ ナ 氏名又は名称 (印)

生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)

住 所 (〒 - )

〔 電 話 番 号 又 シ ン 号 フ リ の 番 号 〃 〃 〕

代表者又は管理人 フ リ ガ ナ 氏 名

生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)

住 所 (〒 - )

〔 電 話 番 号 又 シ ン 号 フ リ の 番 号 〃 〃 〕

代理人 フ リ ガ ナ 氏名又は名称 (印)

〔法定代理人又は弁護士〕 生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)

住 所 (所在地) (〒 - )

〔 電 話 番 号 又 シ ン 号 フ リ の 番 号 〃 〃 〕

次のとおり被害回復給付金の支給を申請します。

被害者	被害にあった者は	<input type="checkbox"/> 申請人（被害者欄の下記事項についての記入は不要です。） <input type="checkbox"/> その他の者（被害者欄の下記事項につき記入してください。）	
	フ リ ガ ナ 氏名又は名称		
	生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	
	住 所	(〒 - )	
一般承継人	一般承継の理由及びその年月日	年 月 日	
	被害者との関係	により承継した。	
	支給手続番号	神戸地方検察庁 平成27年 第1号	
	被害にあわれた年月日時		
	被害にあわれた場所		
	犯人の名前又は団体名		

