

被害回復給付金支給申請書	
高松地方検察庁 検察官 殿	令和 年 月 日
申請人 フリガナ 氏名又は名称 <span style="float: right;">㊞</span>	生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)
代表者又は は管理人 フリガナ 氏名	生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)
( 代理人 法定代理人 又は弁護士 ) フリガナ 氏名又は名称 <span style="float: right;">㊞</span>	生 年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)
( 電話番号又 はミフリ番 号又シ ン号 )	( 電話番号又 はミフリ番 号又シ ン号 )
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	年 月 日 ( 歳)
住 所	(〒 - )
一般承継の理由 及びその年月日	年 月 日 により承継した。
一般承継人 被害者との関係	-----
支給手続番号	高松地方検察庁 令和6年第1号
被害にあわれた年月日時	年 月 日 午前 午後 時 ころ
被害にあわれた場所	
犯人の名前又は団体名	

被害にあわれた状況						
支給を受けようとする金額	犯罪行為により失われた財産の価額	円 (価額算定の根拠)				
	控除対象合計額	円				
	(内 訳)					
	てん補又は賠償を受けた年月日	てん補又は賠償をした者の氏名又は名称(犯人との関係)	てん補又は賠償を受けた者の氏名又は名称(被害者等との関係)	てん補又は賠償額		
	年 月 日	( )	( )	円		
	年 月 日	( )	( )	円		
支給を受けるべき被害回復給付金の額の割合についての合意の有無及びその内容		<input type="checkbox"/> 合意はない <input type="checkbox"/> 以下の合意がある				
		施行規則第8条第1項第8号に定める他の申請人等の氏名又は名称及び住所等	フリガナ 氏名又は名称 住所(〒 - )  (電話番号又はファクシミリ番号)			
払渡しを受ける機 関その他のその払 渡しを受けるため に必要な事項		預 (貯)	フリガナ			
			氏名 (法人の名称)			
		口座名義人	住(居)所等			
		金 口 座	金融機関	銀行 本店(所) 金庫 支店(所) 信用組合 出張所 協同組合		
				預金種別	1. 普通預金 2. 当座預金	口座番号
	郵便局	通帳記号		通帳番号		
その他の必要な事項						

(注意) □印のある欄については、該当の□印の中にレを付けること。