

被害回復給付金支給申請書	
千葉地方検察庁 検察官 殿	令和 年 月 日
申請人	フリガナ 氏名又は名称 ㊞
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)
	住所 (〒 -)
	(電話番号又は フリガナの 番号) 二 二)
代表者又は 管理人	フリガナ 氏名
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)
	住所 (〒 -)
	(電話番号又は フリガナの 番号) 二 二)
代理人 (法定代理人 又は弁護士)	フリガナ 氏名又は名称 ㊞
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)
	住所 (所在地) (〒 -)
	(電話番号又は フリガナの 番号) 二 二)
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 年 月 日
	及びその年月日 により承継した。
支給手続番号	千葉地方検察庁 令和2年 1 号
被害にあわれた年月日時	別紙のとおり
被害にあわれた場所	別紙のとおり
犯人の名前又は団体名	別紙のとおり

