

被害回復給付金支給申請書

神戸地方検察庁 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 所（〒 - ） 年 月 日 （ 歳）

電話はミ フリ アの シ号
番 リ の 番 号

代表者又は管理人

フリガナ氏名
生 年 月 日 所（〒 - ） 年 月 日 （ 歳）

電話はミ フリ アの シ号
番 リ の 番 号

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 所（所在地）（〒 - ） 年 月 日 （ 歳）

電話はミ フリ アの シ号
番 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 ☐ 申請人（被害者欄の下記事項についての記入は不要です。）
☐ 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 により承継した。

被害者との関係

支給手続番号

神戸地方検察庁 令和 6 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

(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。