被害回復給付金支給申請書

旭川地方検察庁 検察官 殿

令和 年 月 日

フリガナ

申請人 氏名又は名称

印

生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (〒 -)

(電話番号又 - -
はファクシ - -
ミリの番号 - -)

フリガナ

代表者又 氏 名

は管理人 生年月日 年 月 日 (歳)

住所 (〒 -)

(電話番号又 - -
はファクシ - -
ミリの番号 - -)

フリガナ

代理人 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 - -
はファクシ - -
ミリの番号 - -)

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		旭川地方検察庁 令和7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