

(表)

別記様式第一

(整理番号 令和 年 月 日)

被害回復給付金支給申請書										
大阪地方検察庁 檢察官 殿					令和	年	月	日		
申 請 人 フ リ ガ ナ 氏名又は名称										印
生 年 月 日 所 (〒 -)					年	月	日	(歳)	
〔電話番号又は ミリの番号〕					二	二	二	〕		
代表者又 は管理人 フ リ ガ ナ 氏名										
生 年 月 日 所 (〒 -)					年	月	日	(歳)	
〔電話番号又は ミリの番号〕					二	二	二	〕		
〔代理 人〕 氏名又は名称 法定代理人 又は弁護士 生 年 月 日 所 (所在地) (〒 -)					年	月	日	(歳)	
〔電話番号又は ミリの番号〕					二	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	年 月 日 (年歳)								
生 年 月 日										
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。	
被害者との関係										
支 給 手 続 番 号	大阪地方検察庁 令和 7 年 4 号									
被害にあわれた年月日時	年 月 日 午前後								時ころ	
被害にあわれた場所										
犯人の名前又は団体名										

(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。