

被害回復給付金支給申請書	
岡山地方検察庁 検察官 殿	
令和 年 月 日	
申請人	フリガナ氏名又は名称 (印)
生年 月 日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
住 所	(〒 -)
	(電話番号又はフリの番号) 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 (印)
生年 月 日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
住 所 (所在地)	(〒 -)
	(電話番号又はフリの番号) 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
	及びその年月日
被害者との関係	により承継した。
支給手続番号	検察庁 年 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 の 番 号) - - - -															
		合 意 の 内 容																	
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)金口座	口座名義人	フリガナ																
			氏 名 (法人の名称)																
			住(居)所等																
		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。