

(表面)

様式第1号 (第4条関係)

利根町重傷病見舞金支給申請書兼請求書

年 月 日

利根町長 様

(申請者)
住 所
氏 名
電話番号

利根町犯罪被害者等支援条例施行規則第4条の規定により、下記のとおり見舞金の支給を申請します。また、当該申請に係る支給の決定が申請額と同額で決定されたときは、下記金額を請求します。

記

- 1 犯罪被害の状況
別添の「犯罪被害申告書」のとおり
- 2 申請額 (請求額) 円
- 3 振込先 (申請者名義の口座に限る。)

金融機関名		支店名	
カタカナ			
口座名義人			
預金種別	普通・当座	口座番号	

※金融機関名、口座名義人、口座番号が分かる通帳等の写しを添付してください。

- 4 代理申請 (代理申請を行わない場合は記載不要)

代理申請をする理由			
代理人氏名(署名)		生年月日	年 月 日
代理人住所			
代理人電話番号			

- 5 誓約・同意事項

(1) 利根町犯罪被害者等支援条例第10条及び同条例施行規則第3条に規定する見舞金の支給の制限に該当しません。
(2) 見舞金の支給後に、偽りその他不正の手段により見舞金の支給を受けたとき、又は利根町犯罪被害者等支援条例第10条に規定する見舞金を支給しない場合に該当すると判明したときは、既に支給を受けた見舞金を速やかに返還します。
(3) 見舞金の支給に必要な範囲において、警察その他の関係機関が保有する犯罪行為による被害に関する事項について、利根町が照会し、提供を受けることに同意します。
年 月 日 氏 名 (署名)

(裏面)

6 添付書類

共通

<input type="checkbox"/>	犯罪被害申告書 (様式第2号)
<input type="checkbox"/>	被害者の傷病の状況及び療養を要する日数に関する医師の診断書 重傷病に該当することが証明できる医師の診断書その他の証明書 ※犯罪による負傷又は疾病の状態, 療養の期間, 入院日数及び病名を明記したものと する。ただし, 精神疾患である場合は, 当該療養の期間が1月以上であって, かつ, 当該症状の程度が3日以上労務に服することができない程度であったことを明記し たものとする。
<input type="checkbox"/>	重傷病見舞金申請者本人であることを確認することができる書類
<input type="checkbox"/>	犯罪行為が行われた時において, 町内に住所を有し, かつ居住していた者であることを 証明する書類 (住民票の写し, 戸籍の附票の写し等)

該当する場合に提出

<input type="checkbox"/>	(代理人が申請を行う場合) 代理人であることを証明する書類 (法定代理人の場合は戸籍謄本等, 任意代理人の場 合は委任状)
<input type="checkbox"/>	その他町長が必要と認める書類

注 のある欄は, 該当する項目に✓印を付してください。