

様式第 1 号（第 6 条関係）

多良木町犯罪被害者等見舞金（遺族見舞金）支給申請書

年 月 日

多良木町長 様

住所

氏名

生年月日

連絡先

多良木町犯罪被害者等見舞金（遺族見舞金）の支給を受けたいので、次のとおり必要な書類を添えて申請します。

記

犯罪被害日時・場所	
犯罪被害者	
被害者との関係	☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 父母 ☐ 孫 ☐ 祖父母 ☐ その他()
添付書類 ※該当する□枠にチェックしてください	☐ 犯罪被害申告書(様式第 2 号) ☐ 死亡被害者の死亡診断書その他の死亡被害者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類又はその写し ☐ 死亡被害者の削除された住民票の写し若しくは住民票記載事項証明書又はいずれかの写し ☐ 申請者の住民票の写し若しくは住民票記載事項証明書又はいずれかの写し ☐ 申請者と死亡被害者との続柄に関する戸籍の謄本その他の証明書又はその写し ☐ 申請者が死亡被害者との婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情があった者であるときは、その事実を認めることができる書類又はその写し ☐ 遺族見舞金受給代表者届出書(様式第 3 号) ☐ 誓約書(様式第 4 号) ☐ その他町長が必要と認める書類

様式第2号（第6条関係）

犯罪被害申告書

犯罪被害者	住所 氏名
犯罪被害者と申請者の続柄	☐ 本人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ 父母 ☐ 孫 ☐ 祖父母 ☐ その他()
加害者	住所 氏名
事件担当警察署	県 警察署
被害の日時場所	日時 場所
被害の状況 (警察に届け出た内容等)	
加害者に対する処罰意思	☐ あり ☐ なし
加害者と犯罪被害者又は申請者の親族関係	☐ なし ☐ あり()
暴力団関係	☐ 犯罪被害者又は第1順位遺族に、集団的に、又は常習的に暴力的不法行為を行うおそれがある組織には属していません。又は過去に属していたことはありません。

上記申告内容について警察等関係機関に確認を行うことに同意します。

住所

申請者

※ 該当する□枠にチェックしてください。

様式第3号（第6条関係）

遺族見舞金受給代表者届出書

年 月 日

多良木町長 様

（申請者）住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

被害者との続柄 _____

私は、遺族見舞金の受給者たる第1順位者を代表し、遺族見舞金の受取人となることを届け出ます。なお、ここに記載した以外に新たな第1順位者が判明した場合は、申請者の責任において解決します。

私は、申請者が遺族見舞金受給資格者たる第1位順位を代表して、遺族見舞金の受取人となることを届出ます。			
第1順位者氏名 （申請者以外）	被害者との続柄	住 所	電話番号

誓 約 書

- 1 次の事由が判明した場合に、不支給の決定を受けても不服申し立ては、行いません。
- 犯罪被害者又は第1位順位遺族に、集団的に又は常習的に暴力的不法行為を行うおそれがある組織に属している、又は属していたことが判明した場合
- 見舞金を受け取ることで、加害者を利することになる場合
- 犯罪被害を受ける原因として犯罪被害者及び第1遺族に過度な帰責性
- 被害者又は遺族を加害者との関係その他の事情から判断して、犯罪被害者等見舞金を支給することが社会通念上適切でないと認められる事由
- 2 見舞金受給後に、被害届の取下げ等により、加害者に対する処罰意思がなくなった場合は、速やかに届け出るとともに、犯罪被害者等見舞金の額に相当する金額を返還します。
- 3 偽りその他不正の手段により犯罪被害者等見舞金の支給の決定を受けたと認めるときは、既に受給した犯罪被害者等見舞金の額に相当する金額を返還します。

年 月 日

多良木町長

様

住 所 _____

氏 名 _____

様式第5号（第6条関係）

多良木町犯罪被害者等見舞金（重傷病見舞金）支給申請書

年 月 日

多良木町長 様

住所 _____

氏名 _____

生年月日 _____

連絡先 _____

多良木町犯罪被害者等見舞金（重傷病見舞金）の支給を受けたいので、次のとおり必要な書類を添えて申請します。

記

犯罪被害日時・場所	
被害者との関係	☐ 本人 ☐ その他()
添付書類 ※該当する□枠にチェックしてください	☐ 犯罪被害申告書(様式第2号) ☐ 申請者が受けた重傷病の発生年月日、その治療に要する機関及び状態に関する医師の診断書又はその写し ☐ 申請者の住民票又はその写し ☐ 誓約書(様式第4号) ☐ その他町長が必要と認める書類

様式第6号（第8条関係）

年 月 日

様

多良木町長

多良木町犯罪被害者等見舞金支給決定通知書

年 月 日付で申請がありました多良木町犯罪被害者等見舞金(遺族見舞金・重傷病見舞金)の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支 給 決 定 額

円

年 月 日

様

多良木町長

多良木町犯罪被害者等見舞金支給却下通知書

年 月 日付で支給の申請がありました多良木町犯罪被害者等見舞金(遺族見舞金・重傷病見舞金)の支給については、下記の理由により却下することと決定しましたので通知します。

記

理由

(教示)

1 この処分不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、多良木町長に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。)

2 この処分については、この処分(この処分について上記1の審査請求をしたときは、当該審査請求に対する裁決。以下同じ。)があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、多良木町を被告として(訴訟において多良木町を代表する者は多良木町長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

様式第8号（第9条関係）

年 月 日

多良木町長

様

申請者

住所

氏名

電話

印

多良木町犯罪被害者等見舞金支給請求書

多良木町犯罪被害者等見舞金支給規則第9条の規定により、犯罪被害者等見舞金の支給を請求します。

犯罪被害者等見舞金の種類		☐ 遺族見舞金 ☐ 重傷病見舞金
請求金額		円
振込先	フリガナ 口座名義人	
	金融機関名	
	支店名	
	種別	☐ 当座 ☐ 普通
	口座番号	