

様式第4号（第6条関係）

射水市犯罪被害者等見舞金（重傷病見舞金）支給申請書

年 月 日

射水市長

申請者（支給対象者） 現住所

犯罪発生時の住所 現住所と同じ

氏 名

生年月日 年 月 日生

連絡先

重傷病見舞金見舞金の支給を受けたいので、下記のとおり必要な書類を添えて申請します。

記

1 犯罪被害者の住所及び氏名

住所

氏名

2 重傷病見舞金の支給申請に関する確認事項

確認事項		はい	いいえ
(1)	他の地方公共団体から重傷病見舞金と同種の見舞金を受給していません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	当該死亡の原因となった犯罪行為が行われた時、犯罪被害者と加害者又は第1順位遺族と加害者は、3親等以内の親族関係（事実上の婚姻関係を含む。）にありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	当該犯罪行為において、犯罪被害者又は第1順位遺族による犯罪行為誘発行為その他責めに帰すべき事由はありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)	犯罪被害者又は第1順位遺族は、射水市暴力団排除条例第2条第1号及び第2号に定める暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 重傷病見舞金の支給申請に関する同意

同意事項		はい	いいえ
(1)	重傷病見舞金の支給後に、射水市犯罪被害者等見舞金支給要綱第11条（支給決定の取消し）の規定に該当することが判明した場合、同要綱第12条の規定に基づき、支給を受けた見舞金を速やかに返還することについて同意します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)	重傷病見舞金の支給に関する申請に際し、提出書類により証明すべき事実を市が保有する公簿等により確認することについて同意します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)	重傷病見舞金支給の審査のため、当該申請内容について、市が警察等関係機関へ照会を行うこと及び警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報等を市に提供することについて同意します。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

上記申請内容に間違いありません。

申請者（支給対象者）氏名 （署名）

4 申請手続を行う者（申請者がやむを得ない理由により申請手続ができず、申請者に代わって申請手続をする場合のみ記載してください。）

やむを得ない理由

（代理申請者） 住所
氏名 （署名）
生年月日 年 月 日生
連絡先
申請者（支給対象者）との関係

添付書類 該当する項目□に✓を付けてください。

要否	チェック欄	必要書類
必要書類	<input type="checkbox"/>	犯罪被害申告書（遺族見舞金）（様式第2号）
	<input type="checkbox"/>	重傷病に該当することが証明できる医師の診断書（受傷日、療養期間、入院日数（精神疾患である場合は、労務に服することができない日数）及び病名を明記したものに限る。）
	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、市内に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、戸籍の附票等、住民基本台帳に記録をされずに市内に居住していた者は居住していたことが客観的に確認できる書類）
必要な書類が該当する場合	<input type="checkbox"/>	代理人による代理申請を行う場合 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"/>	その他市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

年 月 日

射水市長

申告者住所
申告者氏名
被害者との続柄
連絡先

射水市犯罪被害者等見舞金支給要綱第6条の規定により、次のとおり申告します。

1 犯罪被害の概要

フリガナ			
犯罪被害者の氏名			
犯罪被害者の生年月日	年	月	日
犯罪被害者の住所			
犯罪被害が発生した日	年	月	日
犯罪被害を知った日※	年	月	日
犯罪被害を受けた場所			
加害者の住所・氏名 (不明の場合は記載不要)	住所	氏名	
加害者の罪名 (不明の場合は記載不要)			
犯罪被害の概要			
被害届の提出	有・無	届出警察署	
被害届提出日	年	月	日

※犯罪被害者が死亡した場合にあってはその遺族が警察等からの連絡によりその死亡の事実を知った日、犯罪被害者が重傷病を負った場合にあっては医師の診断により重傷病であると診断された日

2 見舞金支給の審査のため、当該申告内容について、市が警察等関係機関へ照会を行うこと及び警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報等を市に提供することへの同意

同意します 同意しません

様式第7号（第10条関係）

年 月 日

射水市長

申請者（支給対象者） 住 所
氏 名 印
被害者との続柄
連絡先

射水市犯罪被害者等見舞金支給請求書

年 月 日付け射水市指令 第 号で支給決定通知がありました射水市犯罪被害者等見舞金について、下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額	円	
見 舞 金 の 種 類	<input type="checkbox"/> 遺族見舞金 <input type="checkbox"/> 重傷病見舞金	
振 込 先 口 座	フリガナ	
	口座名義人	
	金融機関名	
	支 店 名	
	種 別	
	口 座 番 号	

※該当する□に✓を付してください。

※振込先口座の通帳等の写しを添付してください。