様式第２（第６条関係）

稲沢市犯罪被害者等見舞金（遺族見舞金）受給代表者決定申出書

年　　月　　日

稲沢市長　様

被害者との続柄

代表者住所

電話番号　　　（　　　　）　　　－

　　私は、遺族見舞金の給付対象者である第１順位遺族を代表し、遺族見舞金を受給する者に指定されたことを申出します。

　なお、下記第１順位遺族以外に新たな第１順位遺族が判明した場合は、代表者の責任において解決いたします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 私は、上記代表者が遺族見舞金を受給することに同意します。 | | | |
| 上記代表者以外の  第１順位遺族  （署名） | 犯罪被害者との続柄 | 住　　所 | 連　絡　先 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

第１順位遺族である者のうち、上記欄に署名等ができない者の理由等（未成年者若し

くは所在不明等）については、下記のとおり申出します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第１順位遺族氏名 | 犯罪被害者との続柄 | 署名できない理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |

備考　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とする。