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

代表者氏名（ふりがな）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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。