

様式第3（第6条関係）

稲沢市犯罪被害者等見舞金（重傷病見舞金・精神療養見舞金）給付申請書

稲沢市長 様

年 月 日

申請者氏名 ふりがな
申請者生年月日 年 月 日生
申請者住所
電話番号 () -

稲沢市犯罪被害者等見舞金給付要綱第6条の規定により、下記のとおり申請します。
記

1 犯罪被害の概要

被害者の氏名				
被害者の生年月日	年 月 日生			
被害者の住所				
被害が発生した日	年 月 日			
被害を知った日	年 月 日			
被害を受けた場所				
負傷又は疾病の状態				
加害者の氏名※	※判明していない場合は記載不要			
加害者の罪名※	※判明していない場合は記載不要			
犯罪被害の概要				
事件捜査担当警察署	都道府県 警察署			
振替口座	金融機関名	店舗名	口座種別	口座番号
			普通・当座	
	口座名義人			
	(フリガナ)			

2 犯罪被害者と加害者の親族関係（※）

※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にあった者及び稲沢市ファミリーシップ宣誓制度並びに他の地方公共団体における同様の制度に基づくファミリーシップの関係にあった者を含む。

☐ なし ☐ あり ()

3 犯罪被害者による犯罪行為誘発行為、責めに帰すべき行為の有無

☐なし ☐あり（ ）

4 犯罪被害者及び申請者とも、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第6号に定める暴力団・暴力団員に該当せず、また、同法同条第2号に定める暴力団・暴力団員に協力し、又は関与する等密接な関係にはありません。

☐はい ☐いいえ

5 見舞金の給付後に、故意の犯罪による被害でないと判明した場合若しくは見舞金の給付後に稲沢市犯罪被害者等見舞金給付要綱第5条又は第10条の規定に該当することが判明した場合、同要綱第11条の規定に基づき、既に給付を受けた見舞金を速やかに返還いたします。

☐はい ☐いいえ

6 代理申請

代理申請をする理由			
代理人氏名		代理人生年月日	年 月 日生
代理人住所			
代理人連絡先			

7 過去に、稲沢市犯罪被害者等見舞金の給付を受けた場合は、その見舞金の種類

☐ 遺族見舞金 ☐ 重傷病見舞金 ☐ 精神療養見舞金

8 この申請の審査及び見舞金の給付に必要な警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報について、稲沢市が収集し、提供を受けることへの同意の有無

☐同意します ☐同意しません

9 添付書類（申請に当たって添付する書類の□にチェックを付けてください。）

☐ 重傷病・精神疾患に該当することが証明できる医師の診断書

診断書には、受傷日、療養期間、入院日数、病名を明記すること。ただし、精神療養見舞金に係るものについては、入院日数の記載は要せず、その症状の程度が通算3日以上労務に服することができないことを明記すること。

☐ 申請者が犯罪被害発生時において、市内に住所を有していた者又は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）

☐ 犯罪被害にあった事実を認めることができる書類（盗難等被害届出証明書、交通事故証明書等）

☐ 振替口座の通帳の写し

☐ その他市長が必要と認める書類

※申請書名の（重傷病見舞金・精神療養見舞金）の該当するものに○印を付してください。

※代理人によって代理申請する場合は、代理人であることを証明する書類（自筆の委任状等）も提示してください。

※地方公共団体が発行する各種証明については発行日から3ヶ月以内のものとし、住民票については個人番号（マイナンバー）の記載がないものを添付してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。