

被害回復給付金支給申請書	
松江地方検察庁 検察官 殿	令和 年 月 日
申請人 フリガナ 氏名又は名称	①
生 年 月 日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	(電話番号又はフリの番号)
代表者又は は管理人	フリガナ 氏名
生 年 月 日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
住所 (〒 -)	(電話番号又はフリの番号)
代理人 (法定代理人 又は弁護士)	フリガナ 氏名又は名称
生 年 月 日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
住所 (所在地) (〒 -)	(電話番号又はフリの番号)
次のとおり被害回復給付金の支給を申請します。	
被 害 者	被害にあった者は <input type="checkbox"/> 申請人 (被害者欄の下記事項についての記入は不要です。) <input type="checkbox"/> その他の者 (被害者欄の下記事項につき記入してください。)
フリガナ 氏名又は名称	
生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住 所	(〒 -)
一般承継の理由 及びその年月日	令和 年 月 日 により承継した。
被 害 者 と の 関 係	-----
支 給 手 続 番 号	松江地方検察庁 令和6年第 2 号
被害にあわれた年月日時	別紙のとおり
被害にあわれた場所	別紙のとおり
犯人の名前又は団体名	別紙のとおり

