

被害回復給付金支給申請書	
神戸地方検察庁 検察官 殿	令和 年 月 日
申請人 フリガナ氏名又は名称	(印)
生年月日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
(電話番号又は フリガナの 番号)	(二 二)
代表者又は管理人 フリガナ氏名	(印)
生年月日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
(電話番号又は フリガナの 番号)	(二 二)
代理人 (法定代理人又は弁護士) フリガナ氏名又は名称	(印)
生年月日 (〒 -)	年 月 日 (歳)
(電話番号又は フリガナの 番号)	(二 二)
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
住所	(〒 -)
一般承継人	一般承継の理由 及びその年月日
	年 月 日
	被害者との関係
	により承継した。
支給手続番号	神戸地方検察庁 令和 5 年 1 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

