

様式第2号(第9条関係)
(第1面表)

年 月 日

銚田市長 様

申請者 住 所
氏名(自署)
電話番号

重傷症病見舞金支給申請書

銚田市犯罪被害者等支援条例施行規則第9条の規定により、次のとおり重傷症病見舞金の支給を申請します。

被害を受けた日時	年 月 日 午前・午後 時 分頃
被害を受けた場所	
被害者の氏名(フリガナ)	()
被害者の生年月日(年齢)	年 月 日(歳)
被害を受けた時の被害者の住所	
被害の発生状況	
取扱警察署等	取扱警察署： 警察署 受理年月日： 年 月 日 受理番号：第 号 罪名：
備 考	

(裏面へ)

(第1面裏)

誓約・同意事項

【誓約事項】

- (1) 銚田市犯罪被害者等支援条例施行規則第7条に規定する見舞金支給の制限に該当しないこと。
- (2) 重傷症病見舞金の支給後に、偽りその他の不正の手段により見舞金の支給決定若しくは支給を受けたこと又は銚田市犯罪被害者等支援条例若しくは銚田市犯罪被害者等支援条例施行規則の規定に違反したことが判明した場合は、同規則第12条の規定に基づき、既に支給を受けた重傷症病見舞金を速やかに返還すること。

【同意事項】

- (1) 重傷症病見舞金の受給資格を確認するため、市が保有する私及び被害者に関する住民基本台帳の記載事項その他遺族見舞金の申請に関して必要な情報を確認すること。
- (2) 被害者が犯罪行為により受けた被害の内容、病名、診療の経過等について、市が管轄の警察署、医療機関等の関係機関に確認し、回答を得ること。

私は、重傷症病見舞金の申請をするに当たり、上記の誓約事項及び同意事項を確認の上、誓約及び同意します。

申請者氏名(署名) _____

【添付書類】

No.	添付書類	チェック
1	負傷し、又は疾病にかかった日及び負傷又は疾病の状態に関する医師又は歯科医師の診断書であって、当該負傷又は疾病の療養期間が1月以上であったこと(当該疾病が精神疾患である場合には、その療養の期間が1月以上であって、かつ、その症状の程度が3日以上労務に服することができない程度であったこと)を証明することができるもの	<input type="checkbox"/>
2	当該被害に係る被害届が警察に受理されていることを証明する書類(当該被害届を警察に提出することが困難であると市長が認めた場合を除く)	<input type="checkbox"/>
3	その他市長が必要と認める書類	<input type="checkbox"/>