様式第２号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　大崎市長　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　犯罪被害者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　との続柄

傷病支援金給付申請書

　次のとおり傷病支援金の給付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 犯罪行為が行われた日時 | 　　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分ごろ |
| 犯罪行為が行われた場所 |  |
| 犯罪被害者 | ふりがな氏　　名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 犯罪行為が行われた当時の住所 | □上記申請者と同じ　□その他（　　　　　　　　） |
| 被害の発生状況 |  |
| 負傷し，又は疾病にかかった日 | □　犯罪行為が行われた日時と同じ |
| □　上記以外の日（　　　年　　　月　　　日） |
| 重傷病の状態 |  |
| 取扱警察署及び被害届の受理番号 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　警察署　　　　年　　月　　日　　第　　　　　　　　　号 |
| 備　　　　　考 |  |

　（状況調査に係る同意確認事項）

　申請内容その他提出書類に係る犯罪被害等の状況調査に当たり，市職員が警察署その他関係機関において調査等を実施することについて同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（署名又は記名押印）