様式第３号（第８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

死体検案費用支援金申請書

　　次のとおり死体検案費用支援金の給付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 犯罪被害者氏名 |  |
| 請　求　額 | 死体検案に要する費用 |
| 円 |

※死体検案に要する費用が確認できる書類を添付してください。

※申請者は遺族支援金給付申請書（様式第１号）の申請者と同一人としてください。

様式第４号（第１０条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大崎市長

犯罪被害者等支援金給付決定通知書

　　　　　年　　　月　　　日付けで給付申請のありました支援金については，次のとおり決定しましたので通知します。

|  |  |
| --- | --- |
| 犯罪被害者氏名 |  |
| 支援金の種別及び金額 | |
| □　遺族支援金 | 円 |
| □　傷病支援金 | 円 |
| □　死体検案費用支援金 | 円 |

　※　次に該当する場合は，給付決定を取り消し，既に給付を受けている支援金については返還していただきます。

　（１）　申請の際に偽りその他不正があったことが判明した場合

　（２）　給付決定後に条例又は規則の定めにより支援金が給付されないことが判明した場合

様式第５号（第１１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

犯罪被害者等支援金請求書

　　　　　年　　　月　　　日付け　　　第　　　号で給付決定のありました支援金については，下記のとおり請求します。

記

　１　請求額

|  |  |
| --- | --- |
| 犯罪被害者氏名 |  |
| 支援金の種別 | □　遺族支援金　　□　傷病支援金　　□　死体検案費用支援金 |
| 請　求　額 | 円 |

　２　振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・郵便局  　　　　　　　　農業協同組合  　　　　　　信用（金庫・組合） | | | | 本店・支店 | | | | |
| 口座番号 | １　普通  　２　当座 |  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | | | |

　　※　請求者（申請人）と振込先口座名義人は同一人としてください。

様式第６号（第１３条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　大崎市長

犯罪被害者等支援金給付決定取消通知書兼返還請求書

　　　　　年　　　月　　　日付け　　　第　　　号で通知した犯罪被害者等支援金給付決定について，大崎市犯罪被害者等支援条例施行規則第１３条第１項の規定により取り消します。

　つきましては，取り消した犯罪被害者等支援金について，下記のとおり返還願います。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 取消理由 |  |
| 支援金給付額 | 円 |
| 返還請求額 | 円 |
| 返還期限 | 年　　　月　　　日 |
| 返還方法 | 納入通知書による返納 |