様式第２号（第９条関係）

傷害見舞金支給申請書

年 月 日

大山崎町長 様

 　　　　　　　　　　　　　㊞

申請者 住 所

連絡先(電話番号)

被害者との続柄

次のとおり、傷害見舞金の支給を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者（犯罪行為により傷害を受けた者） | 現住所 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 |  |
| 犯罪行為の行われた当時の住所　（現住所と異なる場合のみ記入してください） |
| 犯罪行為の行われた日時 | 年　　月　　日午前・午後　　時頃 |
| 犯罪行為の行われた場所 |  |
| 犯罪被害の発生状況 |  |
| 傷害の状態 |  |
| 取扱警察署及び被害者の受理届番号 | 警察署　年　　月　　日　　第　　号 |
| 備考 |

（状況調査に係る同意確認事項）

　申請に係る犯罪被害の発生状況の調査に当たり、町職員が警察署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　　　　　　　　　　　　　㊞