

被害回復給付金支給申請書	
長崎地方検察庁 検察官 殿 <span style="float: right;">令和 年 月 日</span>	
申請人	フリガナ 氏名又は名称 <span style="float: right;">①</span>  生年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)  住所 (〒 - )  〔電話番号又は フリガナ の番号 〕  代表者又は フリガナ 氏名 は管理人  生年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)  住所 (〒 - )  〔電話番号又は フリガナ の番号 〕  代理人 フリガナ 氏名又は名称 <span style="float: right;">①</span> 〔法定代理人 又は弁護士〕 生年 月 日 (〒 - ) 年 月 日 ( 歳)  住所 (所在地) (〒 - )  〔電話番号又は フリガナ の番号 〕
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 (〒 - )  年 月 日 ( 歳)
	住所 (〒 - )
一般承継人	一般承継の理由 及びその年月日 被害者との関係  令和 年 月 日  により承継した。
支給手続番号	長崎地方検察庁 令和 5 年第 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

