

岩沼市長 殿

申請者 住 所

氏 名

（自署でない場合は、記名押印をしてください。）

電話番号

岩沼市傷病支援金給付申請書

岩沼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 分頃	
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	
	犯罪行為が行われた時点の住所	岩沼市	
犯罪被害の発生状況			
加害者と犯罪被害者との親族関係の有無（※）		有（ ） ・ 無	
負傷又は疾病の状態		別添診断書のとおり	
取扱警察署	都道府県	警察署	受理番号 年 月 日 第 号
備考			
<p>【同意確認事項】</p> <p>犯罪被害の発生状況等この申請に関して必要な事項について、岩沼市長が警察署等の関係機関に調査等を実施することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日 氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">（自署でない場合は、記名押印をしてください。）</p>			

※ 「加害者と犯罪被害者との親族関係の有無」の欄について、有の場合は、犯罪被害者から見た続柄を御記入ください。

【添付書類】

- 1 傷病を受けた日、治療に要する期間及び傷病の状態に関する医師の診断書
- 2 犯罪行為が生じた時点における傷病支援金申請者の住所又は居所を証明できる書類
- 3 その他（ ）