

被害回復給付金支給申請書		
横浜地方検察庁 検察官 殿		令和 年 月 日
申請人	フリガナ 氏名又は名称	⑩
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)	
		(電話番号又は ファクシミリ番号) 二 二)
代表者又は 管理人	フリガナ 氏名	
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)	
		(電話番号又は ファクシミリ番号) 二 二)
代理人 (法定代理人 又は弁護士)	フリガナ 氏名又は名称	⑩
	生年 月 日 (〒 -) 年 月 日 (歳)	
		(電話番号又は ファクシミリ番号) 二 二)
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 ☐ 申請人(被害者欄の下記事項についての記入は不要です。) ☐ 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	年 月 日 (歳)
	住 所	(〒 -)
一般承継人	一般承継の理由	年 月 日
	及びその年月日	により承継した。
	被害者との関係	
支給手続番号		横浜地方検察庁 令和7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

