

様式第1号（第5条関係）

上市町犯罪被害者等支援金（遺族支援金）支給申請書

年 月 日

上市町長 宛

申請者（支給対象者）住所（申請時）

住所（犯罪発生時）申請時に同じ

氏名

生年月日 年 月 日生

連絡先

遺族支援金の支給を受けたいので、下記のとおり必要な書類を添えて申請します。

記

1 犯罪被害者の住所及び氏名

住所

氏名

2 犯罪被害者と申請者の続柄・生計維持関係

配偶者（事実婚含む。）子 父母 孫 祖父母 兄弟姉妹

※配偶者（事実婚含む。）以外の場合のみ

生計維持関係 あり なし

3 遺族支援金を支給しない場合に関する確認事項

はい いいえ

他の地方公共団体から本遺族支援金と同種の支援金を受給していません。
（他の第1順位遺族を含む。）

当該死亡の原因となった犯罪行為が行われた時、犯罪被害者と加害者又は第1順位遺族と加害者は、3親等以内の親族関係（事実上の婚姻関係を含む。）にありません。

当該犯罪行為において、犯罪被害者又は第1順位遺族による犯罪行為誘発行為その他責めに帰すべき行為はありません。

犯罪被害者又は第1順位遺族は、上市町暴力団排除条例（平成24年上市町条例第1号）第2条第1号及び第2号に定める暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。

4 当該犯罪行為による上市町犯罪被害者等支援金（重傷病支援金）受給の有無

なし あり

5 遺族支援金の返還

遺族支援金の支給後に、上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第10条第1項（支給決定の取消し）の規定に該当することが判明した場合、同要綱第11条の規定に基づき、支給を受けた支援金を速やかに返還します。

はい いいえ

6 遺族支援金の支給に関する申請に際し、提出書類により証明すべき事実を町が保有する公簿等により確認することについての同意の有無

同意します 同意しません

7 遺族支援金支給の審査のため、当該申請内容について、町が警察等関係機関へ照会を行うこと及び警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報をも市に提供することへの同意の有無

同意します 同意しません

8 申請手続を行う者（※申請者がやむを得ない理由により申請手続を行えず、申請者に代わって申請手続をする場合のみ記載してください。）

（ やむを得ない理由 ）

（代理申請者）住 所

氏 名

（署名）

生年月日 年 月 日

連絡先

申請者（支給対象者）との関係

添付書類 該当する項目 に✓を付けてください

要否	チェック欄	必要書類
必要書類	<input type="checkbox"/>	犯罪被害申告書（様式第2号）
	<input type="checkbox"/>	犯罪被害者の死亡診断書又は死体検案書その他当該犯罪被害者の死亡の事実及び死亡の年月日を証明することができる書類の写し
	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、町内に住所を有していた者であることを証明する書類（住民票の写し、戸籍の附票等。住民基本台帳に記録をされずに町内に居住していた者は、居住していたことが客観的に確認できる書類）
	<input type="checkbox"/>	申請者の氏名、生年月日及び犯罪被害者との続柄を明らかにすることができる戸籍の謄本又は抄本その他の証明書
該当する場合に添付が必要な書類	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害者と事実婚の関係である場合
		申請者が犯罪被害者と婚姻の届出をしていないが、犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者であるときは、その事実を認めることができる書類（住民票の写し、犯罪被害者及び申請者の親族、友人、隣人等の申述書等）
	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害者の配偶者以外である場合
		申請者が配偶者（婚姻の届出をしていないが、犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。）以外の者であるときは、第1順位遺族であることを証明することができる書類（戸籍の謄本又は抄本等）
	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害者の配偶者以外で、生計維持遺族である場合
		申請者が犯罪被害者の配偶者以外で、生計維持遺族であるときは、犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、犯罪被害者の収入によって生計を維持していた事実を証明することができる書類（犯罪被害者の収入を証明する資料、預金通帳、家賃・光熱費等の領収書の写し等）
	<input type="checkbox"/>	第1順位遺族が複数いる場合
遺族支援金の支給を受けるべき遺族が2人以上あるときは、上市町犯罪被害者等支援金（遺族支援金）受給代表者決定申出書（様式第3号）		
<input type="checkbox"/>	代理人による代理申請を行う場合	
	代理人であることを証明する書類（法定代理人の場合は戸籍謄本等、任意代理人の場合は委任状）	
<input type="checkbox"/>	その他町長が必要と認める書類	

様式第2号（第5条関係）

犯罪被害申告書

年 月 日

上市町長 宛

申告者住所
申告者氏名
被害者との続柄
連絡先

上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第5条の規定により、次のとおり申告します。

1 犯罪被害の概要

フリガナ	
犯罪被害者の氏名	
犯罪被害者の生年月日	年 月 日
犯罪被害者の住所	
犯罪被害が発生した日	
犯罪被害を知った日 ※	
犯罪被害を受けた場所	
加害者の住所・氏名 (不明の場合は記載不要)	住所： 氏名：
加害者の罪名 (不明の場合は記載不要)	
犯罪被害の概要	
被害届の提出	有・無 届出警察署 警察署
被害届提出日	年 月 日

※犯罪被害者が死亡した場合にあってはその遺族が警察等からの連絡によりその死亡の事実を知った日、
犯罪被害者が重傷病を負った場合にあっては医師の診断により重傷病であると診断された日

2 支援金支給の審査のため、当該申告内容について、町が警察等関係機関へ照会を行うこと及び警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報を町に提供することへの同意

同意します 同意しません

様式第3号（第5条関係）

上市町犯罪被害者等支援金（遺族支援金）受給代表者決定申出書

年 月 日

上市町長 宛

代表者 住所
氏名
犯罪被害者との続柄（ ）
連絡先

私は、遺族支援金の支給対象者である第1順位遺族を代表し、遺族支援金を受給する者に指定されたことを申し出ます。

なお、下記第1順位遺族以外に新たな第1順位遺族が判明した場合は、代表者の責任において解決いたします。

記

私は、上記代表者が遺族支援金を受給することに同意します。			
上記代表者以外の 第1順位遺族 (署名)	犯罪被害者 との続柄	住 所	連絡先

第1順位遺族である者のうち、上記欄に署名等ができない者の理由（未成年者、所在不明等）については、下記のとおり申し出ます。

第1順位遺族氏名	犯罪被害者との続柄	署名等ができない理由

様式第4号（第5条関係）

上市町犯罪被害者等支援金（重傷病支援金）支給申請書

年 月 日

上市町長 宛

申請者（支給対象者）住所（申請時）

住所（犯罪発生時） 申請時に同じ

氏名

生年月日 年 月 日生

連絡先

重傷病支援金の支給を受けたいので、下記のとおり必要な書類を添えて申請します。

記

1 犯罪被害者の住所及び氏名

住所

氏名

2 重傷病支援金を支給しない場合に関する確認事項

はい いいえ

- 他の地方公共団体から本重傷病支援金と同種の支援金を受給していません。
- 当該重傷病の原因となった犯罪行為が行われた時、犯罪被害者と加害者は、3親等以内の親族関係（事実上の婚姻関係を含む。）にありません。
- 当該犯罪行為において、犯罪被害者又は上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第4条の第1順位遺族に相当する者による犯罪行為誘発行為その他責めに帰すべき行為はありません。
- 犯罪被害者は、上市町暴力団排除条例（平成24年上市町条例第1号）第2条第1号及び第2号に定める暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者ではありません。

3 重傷病支援金の返還

重傷病支援金の支給後に、上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第10条第1項（支給決定の取消し）の規定に該当することが判明した場合、同要綱第11条の規定に基づき、支給を受けた支援金を速やかに返還します。

はい いいえ

4 重傷病支援金の支給に関する申請に際し、提出書類により証明すべき事実を町が保有する公簿等により確認することについての同意の有無

同意します 同意しません

5 重傷病支援金支給の審査のため、当該申請内容について、町が警察等関係機関へ照会を行うこと及び警察等関係機関が保有する犯罪被害者等の個人情報等を市に提供することへの同意の有無

同意します 同意しません

6 申請手続を行う者（※申請者がやむを得ない理由により申請手続を行えず、申請者に代わって申請手続をする場合のみ記載してください。）

（ や む を 得 な い 理 由 ）

（代理申請者）住 所

氏 名

（署名）

生年月日 年 月 日

連 絡 先

申請者（支給対象者）との関係

添付書類 該当する項目 に✓を付けてください

要否	チェック欄	必 要 書 類
必 要 書 類	<input type="checkbox"/>	犯罪被害申告書（様式第2号）
	<input type="checkbox"/>	重傷病に該当することが証明できる医師の診断書（受傷日、療養期間、入院日数（精神疾患である場合は、労務に服することができない日数）及び病名を明記したものに限る。）
	<input type="checkbox"/>	申請者が犯罪被害の原因となった犯罪行為が行われた時において、町内に住所を有していた者であることを証明する書類（住民票の写し、戸籍の附票等。住民基本台帳に記録をされずに町内に居住していた者は、居住していたことが客観的に確認できる書類）
添 付 が 必 要 な 書 類 該 当 す る 場 合 に	<input type="checkbox"/>	代理人による代理申請を行う場合
		代理人であることを証明する書類（法定代理人の場合は戸籍謄本等、任意代理人の場合は委任状）
	<input type="checkbox"/>	その他町長が必要と認める書類

様式第5号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

上市町長



上市町犯罪被害者等支援金支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった上市町犯罪被害者等支援金について、下記のとおり支給することを決定したので通知します。

記

- 1 支援金の種類
- 2 支援金の額

円

※支援金の支給後に、次のいずれかに該当した場合は、支援金の全部又は一部の返還を求めることがあります。

(1) 上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第6条各号のいずれかに該当していると判明したとき

(2) 偽りその他不正の手段により、当該決定を受けたと認められるとき

※町長が支援金の返金を求めたときは、町長が定める日までに支援金を返還しなければなりません。

様式第6号（第8条関係）

第 号
年 月 日

様

上市町長



上市町犯罪被害者等支援金不支給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった上市町犯罪被害者等支援金について、下記の理由により支給しないことに決定したので通知します。

記

理由

様式第7号（第9条関係）

年 月 日

上市町長 宛

申請者（支給対象者）住所
氏名
犯罪被害者との続柄（ ）
連絡先

上市町犯罪被害者等支援金支給請求書

年 月 日付け第 号で支給決定通知がありました上市町犯罪被害者等支援金について、下記のとおり請求します。

記

請求金額		
支援金の種類	<input type="checkbox"/> 遺族支援金 <input type="checkbox"/> 重傷病支援金 ※該当する□に✓を付してください。	
振込口座	フリガナ	
	口座名義人	
	金融機関名	
	支店名	
	口座種別	
	口座番号	

様式第 8 号（第 10 条関係）

第 号
年 月 日

様

上市町長



上市町犯罪被害者等支援金支給取消通知書

年 月 日付け第 号で支給決定通知した上市町犯罪被害者等支援金について、上市町犯罪被害者等支援金支給要綱第 10 条第 1 項の規定に基づき、犯罪被害者等支援金の支給決定を取り消したので、下記のとおり通知します。

記

- 1 取消対象者氏名
- 2 取消対象支援金の種類
- 3 取消対象支給額
- 4 取消事由
 - (1) 要綱第 10 条第 1 項第 1 号に該当したため
(要綱第 6 条第 号に該当)
 - (2) 要綱第 10 条第 1 項第 2 号に該当したため