様式第2号（第7条関係）

門川町犯罪被害者等支援金（重症病支援金）支給申請書

年　　月　　日

門川町長　様

申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

次のとおり、関係書類を添えて重症病支援金の支給を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 犯罪行為が行われた日時 | 年　　月　　日　　　　時頃 |
| 犯罪行為が行われた場所 |  |
| 犯罪行為が行われた時の住所 |  |
| 犯罪被害の発生状況 |  |
| 負傷又は疾病の状況 |  |
| 取扱警察署等 | 県　　　　　　警察署  届出年　　　　年・不明　　受理番号No |
| 同意書兼誓約書  ・支援金の支給の決定に際し、門川町が警察本部、警察署その他の関係機関に対し、私の個人情報を提供し、調査等を行うこと及びその回答を得ることに同意します。  ・支援金の支給後、門川町から報告を求められ、または調査があったときは、これらに応じます。  ・本申請書の内容に虚偽がないことを認め、支援金の支給決定の取消しがあったときには、直ちに支援金を返還します。  ・私は、暴力団員でも、暴力団や暴力団員と密接な関係を有する者でもありません。  氏名（署名） | |