

様式第1号（第6条関係）

佐井村犯罪被害日常生活支援助成金支給申請書 令和 年 月 日	
佐井村長様 （申請者）住所 氏名（※） 被害者との続柄 電話番号	
次のとおり、転居費用助成金の支給を申請します。	
被害者	氏名（フリガナ） <input type="checkbox"/> 申請者に同じ（フリガナ： ）
	生年月日 年 月 日
	被害時の住所 佐井村大字 字
	死亡年月日（死亡の場合） 年 月 日
被害発生日 年 月 日	
警察署の被害届等受理日 年 月 日 （ ）警察署 受理番号（ ）	
あおもり被害者支援センターの相談支援 <input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	
転居が必要な事情	<input type="checkbox"/> 住居が損壊し、又は汚損したため <input type="checkbox"/> 二次被害又はそのおそれがあるため <input type="checkbox"/> 再被害又はそのおそれがあるため <input type="checkbox"/> その他（ ）
現住居	住所 佐井村大字 字 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）
転居後 （予定）	住所 佐井村大字 字 <input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸住宅 <input type="checkbox"/> 未定 <input type="checkbox"/> その他（ ） 契約名義人（ ）
被害者と申請者の転居前の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
対象経費	<input type="checkbox"/> 運送費用 <input type="checkbox"/> 敷金 <input type="checkbox"/> 礼金 <input type="checkbox"/> 仲介手数料 <input type="checkbox"/> 保証料 <input type="checkbox"/> その他（ ）
助成金支給事務において必要な事項について、村の保有する公簿、他の支援申請で提出した書類等により内容を確認すること及び関係機関へ照会することに同意します。 <div style="text-align: right;">氏名 _____</div>	
備考 1 氏名（※）が申請本人の自署によらない場合は、記名押印してください 2 代理申請の場合は、代理人と申請人との続柄を証明することができる書類を添付してください。	