

様式第1号

年 月 日

渋川市長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

(日中に連絡の付く電話番号を記載してください。)

渋川市犯罪被害者等支援事業補助金交付申請書

渋川市犯罪被害者等支援事業補助金について、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

なお、申請に当たっては、渋川市犯罪被害者等支援事業補助金交付要領（補助対象者）の要件に該当することを誓約し、補助金交付審査のために市が市税の納付状況を調査することに同意します。

記

1 事業の名称	
2 対象事業	<input type="checkbox"/> 弁護士等相談・依頼事業 <input type="checkbox"/> 精神的負担軽減事業 <input type="checkbox"/> 子育て施設利用事業 <input type="checkbox"/> 居住安定事業 <input type="checkbox"/> 一時避難事業 <input type="checkbox"/> 家事代行利用事業
3 被害の状況	死亡 ・ 重傷 ・ 放火
4 事業費の内訳	◎弁護士等相談・依頼事業 ・相談事業 () 円 (見込) 5,000円×()回 ・依頼事業 () 円 (見積額) 見積額 () 円×()回 ◎精神的負担軽減事業 () 円 (見込) 5,000円×()回 ◎子育て施設利用事業 () 円 (見込) 3,000円×()回 ◎居住安定事業 () 円 (見積額) 見積額 () 円 ◎一時避難事業 () 円 (見込) 7,000円×()泊

	◎家事代行利用事業（ ）円（見込） 4,000円×（ ）時間
5 総事業費	円
6 補助金の額	円
7 着手予定年月日	
8 添付書類	<input type="checkbox"/> 犯罪被害に関する申立書（様式第2号） <input type="checkbox"/> 事業概要書（様式第3号） <input type="checkbox"/> 犯罪により死亡した者の死亡診断書又は死体検案書等の写しその他の死亡の事実及び死亡の日時が分かる書類（遺族が申請する場合） <input type="checkbox"/> 申請者と被害者との続柄を証する戸籍の謄本又は抄本その他の地方公共団体の長が発行する証明書（遺族が申請する場合） <input type="checkbox"/> 重傷病を受けた被害者の負傷又は疾病の状態及び療養に係る日数が明記された医師の診断書（犯罪により重傷病を負った者が申請する場合） 【弁護士等相談・依頼事業】 <input type="checkbox"/> 見積書 【居住安定事業・一時避難事業】 <input type="checkbox"/> 申請者と被害者が犯罪被害当時に同居していたことを証明することができる書類 <input type="checkbox"/> 罹災証明書 <input type="checkbox"/> 理由書若しくは写真等 <input type="checkbox"/> 見積書の写し等の経費が分かる書類
9 誓約事項	(1) 犯罪被害を警察へ届け出ています。 (2) 犯罪被害を被ったときに市民でした。 (3) 渋川市暴力団排除条例第2条第1号に規定する暴力団又は同条第2号に規定する暴力団員ではありません。 (4) 市税を滞納していません。 (5) 同一の事件について、他の地方公共団体から同種の事業について補助金等の交付を受けていません。 (6) 上記のほか補助対象要件を満たします。

様式第2号

渋川市長 様

犯罪被害に関する申立書

被害の概要

被害届の提出	有 ・ 無	被害届提出日	年 月 日
罪種		届出警察署	警察署
被害者の氏名 生年月日	ふりがな 氏名 (年 月 日)	申立者との続柄	
被害届の受理番号等		被害年月日	年 月 日
被害時の住所			
被害場所			

私は、上記の申立て内容について、警察当局へ確認を行うこと及び必要に応じて警察又は検察当局に事件の処理状況（送検の確認又は処分の状況等）を確認することについて同意いたします。

年 月 日

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

被害者との続柄 _____

様式第 3 号

事業概要書

事業名	事業の概要
弁護士等相談・依頼事業	相談・依頼する弁護士（事務所） 弁護士（事務所）名 住所 電話番号
精神的負担軽減事業	病院名等 病院名等 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 心療内科 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 公認心理師 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 電話番号
子育て施設利用事業	子育て施設 施設名 住所 電話番号
居住安定事業	転居先 住所 <input type="checkbox"/> 運送・荷造り <input type="checkbox"/> 不用品の廃棄 <input type="checkbox"/> 敷金・礼金 <input type="checkbox"/> 修繕 <input type="checkbox"/> 仲介手数料 <input type="checkbox"/> 火災保険料 <input type="checkbox"/> 保証料 <input type="checkbox"/> 日割り家賃
一時避難事業	宿泊する施設 施設名 住所 電話番号
家事代行利用事業	業者名等 業者名 住所 電話番号 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 育児

様式第5号

年 月 日

渋川市長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

(日中に連絡の付く電話番号を記載してください。)

渋川市犯罪被害者等支援事業補助金変更交付申請書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった渋川市犯罪被害者等支援事業補助金について、内容に変更が生じたので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 事業の名称	
2 変更年月日	
3 補助金の額	(変更前) 円
	(変更後) 円
4 変更内容	
5 変更理由	
6 添付書類	次のうち、変更する内容を証するもの (1) 見積書 (2) 渋川市犯罪被害者等支援事業補助金交付決定通知書 (3) その他市長が必要と認める書類

様式第7号

年 月 日

渋川市長 様

住 所 _____

申請者 氏 名 _____

電話番号 _____

(日中に連絡の付く電話番号を記載してください。)

渋川市犯罪被害者等支援事業補助金事業完了実績報告書

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった渋川市犯罪被害者等支援事業補助金について、補助対象事業が完了したので、関係書類を添えて下記のとおり報告します。

記

1 事業の名称	
2 総事業費	円
3 補助金の額	(交付決定額) 円
	(精算額) 円
4 事業概要	
5 着手年月日	
6 完了年月日	
7 添付書類	(1) 渋川市犯罪被害者等支援事業補助金交付決定通知書 (2) 領収書の写し (3) その他市長が必要と認める書類

様式第9号

澁川市犯罪被害者等支援事業補助金交付請求書

年 月 日

澁川市長

請求金額		円
------	--	---

上記の金額を請求します。

ただし 犯罪被害者等支援事業補助金

請求者 住所

氏名

(振込先口座)

口座名義人	カナ
	漢字
口座番号	銀行・信用金庫 本店・支店 信用組合・農協 支所・出張所 その他 () その他 ()
	1 普通No. 2 当座No.