

犯罪被害補償金覆議申請書

案號： 年度 補審 字第 號 股別：

原申請之犯罪被害補償金類型：

遺屬補償金 重傷補償金 性侵害補償金 境外補償金

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----|-------------------|----|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|
| 申請人 | 姓 名 | 性別 | 出生日期 | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | | | | | |
| | | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| | 地 址 | | | | 電話：()-_____ | | | | | | | | | | 職業 | |
| | 戶籍地址： | | | | | | | | | | | | | | 行動電話：_____ | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | |

是否有多位申請人：否

是 (請續填附表 1、其他覆議申請人資料表)

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----|-------------------|----|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|
| 代理人 | 姓 名 | 性別 | 出生日期 | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | | | | |
| | | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 地 址 | | | | 電話：()-_____ | | | | | | | | | | |
| | 戶籍地址： | | | | | | | | | | | | | | 行動電話：_____ |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上 | | | | | | | | | | | | | | | |

對於原決定不服之程度及應如何撤銷或變更之聲明

覆 議 之
事 實 及 理 由

檢 附 文 件

此 致

臺灣(福建) 地方檢察署犯罪被害人補償審議會 轉陳

臺灣(福建)高等檢察署 () 檢察分署犯罪被害人補償覆審會

申請人簽名或蓋章：_____

代理人簽名或蓋章：_____

中 華 民 國 年 月 日

| 附表 1、 <input type="checkbox"/> 遺屬補償金-其他覆議申請人資料表 <input type="checkbox"/> 境外補償金-其他覆議申請人資料表 | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|----------|--|--|----|---------------------------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | | | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | |
| | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請人與被害人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | 職業 | 電話：()- | | | | 簽名或蓋章 | | | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同第 1 頁申請人 | | | | | | 行動電話：_____ | | | | | | | |
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | | | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | |
| | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請人與被害人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | 職業 | 電話：()- | | | | 簽名或蓋章 | | | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同第 1 頁申請人 | | | | | | 行動電話：_____ | | | | | | | |
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | | | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | |
| | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請人與被害人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | 職業 | 電話：()- | | | | 簽名或蓋章 | | | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同第 1 頁申請人 | | | | | | 行動電話：_____ | | | | | | | |
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | | | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | |
| | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請人與被害人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | 職業 | 電話：()- | | | | 簽名或蓋章 | | | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同第 1 頁申請人 | | | | | | 行動電話：_____ | | | | | | | |
| 姓名 | 性別 | 出生日期 | | | 國籍 | 國民身分證統一編號 (居留證號碼或護照號碼) | | | | | | | |
| | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申請人與被害人之關係： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 | | | | | | | | | | | | | |
| 地址 | | | | | 職業 | 電話：()- | | | | 簽名或蓋章 | | | |
| 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同第 1 頁申請人 | | | | | | 行動電話：_____ | | | | | | | |

(欄位不足填寫 請自行延伸)

犯罪被害補償金覆議申請書填寫須知

- 一、得申請遺屬補償金或境外補償金之遺屬有數人而共同提出覆議申請時，應同時填具**一份**覆議申請書。
- 二、無代理人者，代理人欄免填。委任代理人代為申請時，應出具委任狀。
- 三、對於原決定不服及應如何撤銷或變更之聲明，應具體表明不服原決定之範圍及撤銷或變更原決定之事項或款項。
- 四、申請覆議之事實及理由欄如不敷使用，得以另紙附件方式記載。
- 五、本表單檔案可至法務部全球資訊網下載（連結：<https://reurl.cc/AA6nqK>），或

掃 QRCode：

