

支払申請者 各位

兵庫みらい農業協同組合

被害回復分配金「決定表」閲覧について

犯罪利用預金口座等に係る資金による被害回復分配金の支払等に関する法律（振り込め詐欺救済法）と同法施行規則において、当組合口座に被害回復分配金の支払申請をいただいた方およびその代理人は、下記の通り「決定表」を閲覧することが可能です。

記

【閲覧の事前予約】

決定表の閲覧を希望される方は、閲覧希望日の前々営業日までに下記お問い合わせ先までご連絡ください。後日、閲覧日時・場所等について当組合より連絡させていただきます。

問合せ先	：	兵庫みらい農業協同組合 事務管理部 金融業務課
電話番号	：	０７９０－４７－１２８１
受付時間	：	平日の９：００～１７：００（休業日を除く）

【必要書類】

- ☐ 決定表閲覧請求書（添付の PDF を印刷の上、必要事項を記入し持参ください。）
- ☐ 本人確認書類（運転免許証等）請求日において有効なものを確認させていただきます。

【注意事項】

- １．閲覧請求の対象者は、当組合口座に関する被害回復分配金支払申請を行われた方およびその代理人のみです。
- ２．閲覧の際、決定表の複写、写真撮影等は法令により禁止されております。
- ３．決定表の破棄等の不法行為を防ぐため、閲覧時に担当者が立ち会う可能性があります。

以 上

決定表閲覧請求書

(提出金融機関名)

殿

請求日

令和 年 月 日

1. 請求人情報		
請求人	住所	〒 (—) 都道府県 市区町村
	電話・FAX番号	自宅 (— —) 携帯 (— —) FAX (— —)
	フリガナ	
	氏名・名称 ※法人の場合は名称を記載	
	生年月日	年 月 日 (歳)
※請求人が個人の場合は記載不要 代表者又は管理人	住所	〒 (—) 都道府県 市区町村
	電話・FAX番号	自宅 (— —) 携帯 (— —) FAX (— —)
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
2. 申請人情報 ※弁護士等の代理人が請求人である場合のみ記載		
申請人	住所 ※事務所がある場合は事務所の所在地を、法人の場合は当該法人の所在地を記載	〒 (—) 都道府県 市区町村
	電話・FAX番号	自宅 (— —) 携帯 (— —) FAX (— —)
	フリガナ	
	氏名・名称 ※事務所がある場合は事務所名称及び代理人氏名を、法人の場合は法人名称及び担当者氏名を記載	
	生年月日	年 月 日 (歳)
3. 閲覧等に関する情報		
公告番号(注)		— —
閲覧請求事項		
閲覧目的		
閲覧希望日時		
閲覧希望場所		

(注)被害回復分配金の支払対象となっている振込先の預(貯)金口座に対して付与された12桁の番号を記載してください。具体的には、預金保険機構が行った「振り込め詐欺救済法に基づく公告」を御参照ください。