

3 犯罪被害申告票様式等

被害の概要、相談に関する要望は次のとおりです。

概	被害発生日	年 月 日
	被害の種類	<input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 交通事件 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 配偶者からの暴力 <input type="checkbox"/> 子ども虐待 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	被害当事者との関係	<input type="checkbox"/> 被害当事者 <input type="checkbox"/> 家族・遺族 <input type="checkbox"/> その他（ ）
要	被害発生場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	その他	(被害の概要についてお話したいことがあればご自由にお書きください。)

要 望	<input type="checkbox"/> 総合的に相談したい			
	<input type="checkbox"/> 医療相談	<input type="checkbox"/> 精神的ケア	<input type="checkbox"/> 就職相談	<input type="checkbox"/> 住居相談
	<input type="checkbox"/> 経済的支援	<input type="checkbox"/> 子育て相談	<input type="checkbox"/> 福祉相談	<input type="checkbox"/> マスコミ対応
	<input type="checkbox"/> 捜査・刑事裁判 に関する事	<input type="checkbox"/> 損害賠償等の 法律相談	<input type="checkbox"/> 加害者の情報提 供	
	<input type="checkbox"/> その他			
	特記事項（相談にあたって配慮してほしいことなど）			

関係機関・団体へ伝達すべき犯罪被害者等支援に関する情報に係る様式

受理年月日	平成 年 月 日
相談者の氏名等	氏名： 生年月日： 年 月 日 性別 男・女
	連絡先：電話 () 住所 メールアドレス
	<input type="checkbox"/> 被害当事者 <input type="checkbox"/> 家族・遺族(続柄) <input type="checkbox"/> その他()
犯罪等被害の概要 ※犯罪被害者等からの申告を基に記載	被害発生日： 年 月 日
	被害発生場所： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> その他()
	被害の種類： <input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 交通事件 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 配偶者からの暴力 <input type="checkbox"/> 子ども虐待 <input type="checkbox"/> その他()
当該被害による心身の状態	通院歴： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	通院状況： <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 終止、後遺障害： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 具体的状況(傷害や後遺障害の程度)：
犯罪被害者等の要望 ※犯罪被害者等からの申告を基に記載	
自機関・団体で実施した支援の内容	
これまで受けた支援内容等	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	相談日： 年 月頃、相談機関・団体名： 受けた支援の概要：
紹介先担当部署 " 連絡先	
備考	
情報提供についての同意確認欄	上記記載の情報を上記紹介先担当部署に提供することに同意します。 署名又は同意確認 <input type="text"/> (署名不可の場合は「同意する」旨直筆で記入)
電話相談等の場合 ※非通知の場合はその旨記入	上記記載の情報を上記紹介先担当部署に提供することに 電話 () から、 年 月 日 時 分 同意を得た。
連絡年月日	平成 年 月 日
担当部署 連絡先	

※ 紹介元機関・団体において、犯罪被害者等の要望、紹介先機関・団体の情報管理等を踏まえ、個別の事案に即して判断し、記入できる範囲で記入すること。ただし、太字の項目については、最低限伝えることが望ましい。