

(資料編) 2

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。 署名又は同意確認記述 <input type="text"/> (署名不可の場合は「同意する」旨直筆で記入)
	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。