

支援計画書

利用者氏名：

作成者氏名：

作成年月日： 年 月 日

支援調整会議開催日： 年 月 日 【支援調整会議参加者氏名（機関）： 】

項目	相談者の困りごと 希望すること	支援内容	支援期間	提供機関 (担当者)	評価 時期	優先 順位
特記事項						

提供する支援内容について、本計画書に基づき説明しました。

本計画書に基づき支援内容の説明を受け、内容に同意しました。

説明者氏名：

年 月 日 (利用者署名)

相談受理票(兼 情報提供票)

受理者

受理日	年 月 日() : ~ : (分)	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX	
相談者	フリガナ 氏名: 様	生年月日	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
	住所:	電話 メール	FAX
	職業:	確認書類 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他()	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族・遺族(続柄) <input type="checkbox"/> 関係機関(名称: 職名等:) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明		
被害者	フリガナ 氏名: 様	生年月日	歳 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> その他
	住所:	電話 メール	FAX
	職業等:		
その他の情報	(家族構成・制度利用状況等)		
被害状況	種別	<input type="checkbox"/> 殺人・傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害・暴行 <input type="checkbox"/> 交通犯罪() <input type="checkbox"/> DV・ストーカー <input type="checkbox"/> 性暴力() <input type="checkbox"/> 児童虐待 <input type="checkbox"/> 財産犯罪 <input type="checkbox"/> その他()	
	発生日	年 月 日	発生場所
	被害届	<input type="checkbox"/> 提出済み(受理警察署: 受理番号: 提出日: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 未提出 <input type="checkbox"/> 不明	
	加害者	<input type="checkbox"/> 特定 → 氏名: (関係性) <input type="checkbox"/> 家族・親族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 非特定	
	刑事手続	逮捕: 済 <input type="checkbox"/> (月 日)・未 <input type="checkbox"/> 送致: 済 <input type="checkbox"/> (月 日)・未 <input type="checkbox"/> 起訴: 済 <input type="checkbox"/> (月 日)・未 <input type="checkbox"/> その他()	
	被害の概況		
	心身の状態	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院中 <input type="checkbox"/> 終了 後遺症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (具体的状態)	

相談内容	
これまで に受けた 支援	<input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 警察被害者支援室の支援員() <input type="checkbox"/> 警察部内カウンセラー() <input type="checkbox"/> 警察の公費負担制度() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 民間被害者支援団体による支援() <input type="checkbox"/> 道の支援制度() <input type="checkbox"/> 市町村の支援制度() <input type="checkbox"/> 性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センター() <input type="checkbox"/> 法テラス() <input type="checkbox"/> その他() (特記事項)
求 め て い る 支 援	<input type="checkbox"/> 安全の確保() <input type="checkbox"/> マスコミ等個人情報保護() <input type="checkbox"/> 住居() <input type="checkbox"/> 心身の健康() <input type="checkbox"/> 後遺症() <input type="checkbox"/> 仕事・雇用・学校() <input type="checkbox"/> 家事・育児・介護() <input type="checkbox"/> 家族と家族関係() <input type="checkbox"/> 経済的支援() <input type="checkbox"/> 医療費・保険・年金() <input type="checkbox"/> 刑事手続() <input type="checkbox"/> 民事・損害賠償() <input type="checkbox"/> 刑事裁判() <input type="checkbox"/> その他() (特記事項) 【情報伝達・共有の必要性】 ・コーディネーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・他機関紹介等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ・自機関内の他部署等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (特記事項) 【自由記載欄】
結 果	<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 傾聴・情報収集・助言等 <input type="checkbox"/> 電話・面談等の予約(内容: 年 月 日 :) <input type="checkbox"/> 自機関の支援制度調整・利用(内容: 担当:) <input type="checkbox"/> 継続 <input type="checkbox"/> 情報提供(内容: 担当:) <input type="checkbox"/> 紹介・引継ぎ(年 月 日 紹介先機関: 担当:) <input type="checkbox"/> 他機関との連絡調整(年 月 日 連絡先: 担当:) <input type="checkbox"/> その他()
相 談 経 路	直接相談 <input type="checkbox"/> 広報媒体() <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> その他() 関係機関等から 紹介 <input type="checkbox"/> 警察() <input type="checkbox"/> 地方公共団体() <input type="checkbox"/> 民間支援団体() <input type="checkbox"/> その他関係機関() その他 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 再相談
備考	

個人情報提供同意書

私は、() が受けた犯罪被害に関し、北海道及び支援関係機関・団体による支援を受けるにあたり、

- 被害者及び家族等の氏名、住所、生年月日、連絡先
- 被害状況（発生日時・場所、被害の罪種、取扱い警察署等）
- 希望する支援制度・サービス

等の支援を受けるにあたって必要な情報（相談でお伺いしたこと）を、

- 北海道環境生活部くらし安全局道民生活課
- 北海道警察本部警務部警務課犯罪被害者支援室
- 居住する市町村の支援担当者
- 犯罪被害者等早期援助団体

へ提供することに同意します。

年 月 日

住 所 (〒 -)

連絡先

氏 名

※未成年の場合、保護者又は代理人の方も記名願います

氏 名

<電話による確認の場合>

() に対し、上記のとおり個人情報の提供に関する説明を行い、関係機関・団体への情報提供の同意を得た。

年 月 日 担当者：所属()

氏名()

アセスメントシート

被害者名:		住所:	
生年月日: (歳)			
相談者名: (続柄)		記入者氏名:	
連絡先:		所属:	
分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
安全の確保	再被害の防止	加害者の検挙 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 再被害の不安 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	加害者の状況 <input type="checkbox"/> 逮捕・勾留中 <input type="checkbox"/> 在宅捜査中 <input type="checkbox"/> 不起訴 <input type="checkbox"/> 公判中 <input type="checkbox"/> 保釈中 <input type="checkbox"/> 服役中 <input type="checkbox"/> 執行猶予中 <input type="checkbox"/> 出所 <input type="checkbox"/> その他() ※DV・ストーカー被害の場合の戸籍・住民票の閲覧制限 <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> していないが希望 <input type="checkbox"/> 不要
	プライバシー等	個人情報の拡散 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 マスコミ報道 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	個人情報拡散又は報道被害の具体的内容 () 弁護士対応 <input type="checkbox"/> 依頼済み <input type="checkbox"/> 依頼なし <input type="checkbox"/> 依頼なしだが希望 <input type="checkbox"/> 不要 弁護士氏名()
	居住環境	自宅に住み続けられるか <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他() 通勤・通学の継続 <input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> その他()	自宅に住めない具体的問題 () → 当面の避難場所 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合の場所:) 通勤・通学の具体的問題 ()
心身の状態	被害による身体のけが等 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合、どのようなけが、疾病か () 治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関名()
		【性犯罪の場合】 妊娠(又はその不安) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 性感染症(又はその不安) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	有の場合の産婦人科の受診 <input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 不明 有の場合の産婦人科等の受診 <input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 不明
	不眠、食欲不振、頭痛、腹痛等	【被害者本人】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	具体的な症状 () 治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関名() 後遺症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
		【家族等】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 →ある場合、誰が ()	具体的な症状 () 治療について <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関名() 後遺症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
もともとの病気(持病等)	【被害者本人】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	有の場合、悪化したかどうか <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 不明 かかりつけ医への受診 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他()	
	【家族等】 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 →ある場合、誰が ()	有の場合、悪化したかどうか <input type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 不明 かかりつけ医への受診 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他()	

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
心身の状態	心の状態	<p>【被害者本人】 それぞれ該当する場合にチェック <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 自分を責める <input type="checkbox"/> やる気が出ない <input type="checkbox"/> 外出困難 <input type="checkbox"/> 恐怖感や不安感 <input type="checkbox"/> 人間不信 <input type="checkbox"/> フラッシュバック <input type="checkbox"/> 悪夢 <input type="checkbox"/> 物や音、人に過敏に反応する <input type="checkbox"/> 被害を思い出させる人や場所等を避ける <input type="checkbox"/> 感覚や感情の麻痺 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※特に留意すべきこととして <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち <input type="checkbox"/> 自傷行為() (学童期までのこどもの場合) <input type="checkbox"/> 腹痛等の身体症状 <input type="checkbox"/> 退行</p>	<p>左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから() いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明</p> <hr/> <p>精神科・心療内科の治療について <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関名() 診断名()</p> <hr/> <p>カウンセリングの利用について <input checked="" type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了 カウンセラー() <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p> <hr/> <p>(学童期までの場合) 児童相談所又はスクールカウンセラー等の利用 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了 カウンセラー() <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>【家族等】誰が() それぞれ該当する場合にチェック <input type="checkbox"/> 気分の落ち込み <input type="checkbox"/> 自分を責める <input type="checkbox"/> やる気が出ない <input type="checkbox"/> 外出困難 <input type="checkbox"/> 恐怖感や不安感 <input type="checkbox"/> 人間不信 <input type="checkbox"/> フラッシュバック <input type="checkbox"/> 悪夢 <input type="checkbox"/> 物や音、人に過敏に反応する <input type="checkbox"/> 被害を思い出させる人や場所等を避ける <input type="checkbox"/> 感覚や感情の麻痺 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>※特に留意すべきこととして <input type="checkbox"/> 死にたい気持ち <input type="checkbox"/> 自傷行為() (学童期までのこどもの場合) <input type="checkbox"/> 腹痛等の身体症状 <input type="checkbox"/> 退行</p>	<p>左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから() いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明</p> <hr/> <p>精神科・心療内科の治療について <input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 治療済み <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> その他() 医療機関名() 診断名()</p> <hr/> <p>カウンセリングの利用について <input checked="" type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了 カウンセラー() <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p> <hr/> <p>(学童期までの場合) 児童相談所又はスクールカウンセラー等の利用 <input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 終了 カウンセラー() <input type="checkbox"/> 利用していないが利用希望あり <input type="checkbox"/> 利用しておらず、利用希望なし</p>
		<p>上記心の状態が日常生活に支障をきたしているか <input type="checkbox"/> かなりある <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ほぼない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 不明 (ある場合、誰が:)</p>	<p>具体的な問題 () ある場合の対処 <input type="checkbox"/> 精神科又はカウンセリングの利用 <input type="checkbox"/> 本人又は家族で対処 <input type="checkbox"/> 対処できていない (どうしたいかの希望:)</p>
		<p>被害以前の精神科・心療内科の受診歴 <input type="checkbox"/> 有(終了又は中断していた) <input type="checkbox"/> 有(継続中) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明</p>	<p>有又は有った場合 医療機関名() 診断名() 自立支援医療の利用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 精神障害者手帳の利用 <input type="checkbox"/> 有(等級:) <input type="checkbox"/> 無</p>

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
日常生活の維持	仕事	【被害者本人】 ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 退職 ・職場に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない ・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・休職の場合 <input type="checkbox"/> 有給 <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の問題の具体的内容 ()
		【家族等】誰が() ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 休職 <input type="checkbox"/> 退職 ・職場に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない ・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・休職の場合 <input type="checkbox"/> 有給 <input type="checkbox"/> 無給 <input type="checkbox"/> 傷病手当金 ・退職の場合、(現時点での)再就職の予定、希望 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・職場に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の問題の具体的内容 ()
	学校	【被害者本人】 ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 登校中断 <input type="checkbox"/> 退学 ・学校に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない ・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・登校中断の場合の過ごし方 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> フリースクール等 <input type="checkbox"/> その他() 出欠扱い <input type="checkbox"/> 出席扱い <input type="checkbox"/> 欠席 ・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の問題の具体的内容 () ・スクールソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無で不要 <input type="checkbox"/> 無だが相談したい
		【家族等】誰が() ・被害後の状況 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 登校中断 <input type="checkbox"/> 退学 ・学校に被害事実を <input type="checkbox"/> 伝えた <input type="checkbox"/> 伝えていない ・その他の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	・登校中断の場合の過ごし方 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> フリースクール等 <input type="checkbox"/> その他() 出欠扱い <input type="checkbox"/> 出席扱い <input type="checkbox"/> 欠席 ・学校に被害事実を伝えた場合の配慮や理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() ・その他の問題の具体的内容 () ・スクールソーシャルワーカーへの相談 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無で不要 <input type="checkbox"/> 無だが相談したい
	家事・育児・介護	家事・育児・介護についての問題、困難で当てはまるものがあればチェック ・家事の問題 <input type="checkbox"/> 食事の支度 <input type="checkbox"/> 掃除・洗濯 <input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> その他() ・育児の問題 <input type="checkbox"/> 自宅での育児 <input type="checkbox"/> 保育園等の送迎 <input type="checkbox"/> 子連れの外出 <input type="checkbox"/> その他() ・介護の問題 <input type="checkbox"/> 自宅での介護 <input type="checkbox"/> 外出時の付添い <input type="checkbox"/> 施設・病院等の送迎 <input type="checkbox"/> その他()	左の項目にひとつでもチェックがある場合 いつから() いつまで <input type="checkbox"/> 今はない <input type="checkbox"/> 今も続いている <input type="checkbox"/> 不明 ・すでに利用している制度・サービス () ・同居家族以外での協力者 <input type="checkbox"/> いる() <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> その他() ・同居家族以外の協力がいない場合等のヘルパーやボランティア等の利用について <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> その他()

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
日常生活の維持	家族関係等	家族に被害事実を伝えている <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	・家族に伝えている場合の家族の理解、協力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()
	その他	その他の生活上の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	・その他の生活上の不安、問題の具体的内容 ()
経済状況	就労収入等	被害による就労収入減等の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	・ある場合、誰()の不安、問題の具体的内容 ()
	当面の支払(医療費等)	医療費の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() 葬儀、法要等の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() その他の急な出費に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	・医療費の支払に関する不安、問題等の具体的内容 () ※健康保険の適用について 第三者行為による傷病届の手続き <input type="checkbox"/> 手続済み <input type="checkbox"/> 申請済み <input type="checkbox"/> 準備中 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> その他() ・葬儀、法要等の支払に関する不安、問題の具体的内容 () ・その他の急な出費に関する不安、問題の具体的内容 ()
	その他	住宅ローン・賃貸家賃の支払に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() 相続に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他() その他学費・借金の支払等に関する不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	・住宅ローン・賃貸家賃の支払に関する不安、問題等の具体的内容 () ・相続に関する不安、問題の具体的内容 () ・その他学費・借金の支払等に関する不安、問題の具体的内容 ()
	保険金その他(収入)	生命保険、医療保険等の保険金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当又は加入無し 労災保険の保険金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当又は加入無し 障害年金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 犯罪被害者等給付金 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 地方公共団体の見舞金・支援金等 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 不明 ※交通犯罪の場合の加害車両の保険 <input type="checkbox"/> 任意 <input type="checkbox"/> 自賠償のみ <input type="checkbox"/> 無保険 <input type="checkbox"/> 不明・その他()	・生命保険、医療保険、労災保険等の保険金等の支払該当の場合 (保険の種類： <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他() ・障害年金等の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他() ・犯罪被害者等給付金の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他() ・地方公共団体の見舞金・支援金等の支給該当の場合 <input type="checkbox"/> 支給済み <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請準備中 <input type="checkbox"/> その他() ※交通犯罪の加害車両の保険の支払 <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求準備中 <input type="checkbox"/> その他() ・無保険の場合の政府保障事業について <input type="checkbox"/> 支払済み <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 請求準備中 <input type="checkbox"/> その他()

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
	警察・検察関係	<p>担当・窓口となる警察官・検察官(又は事務官)について ・警察官 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明 ・検察官 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明</p> <p>今後の司法手続等の説明について <input type="checkbox"/>受けて理解した <input type="checkbox"/>受けていない <input type="checkbox"/>受けたがよく分からない <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>警察・検察での事情聴取等の予定 <input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明その他()</p> <p>その他、警察・検察関係での不安、問題 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>※性暴力被害の場合 不同意性交等での証拠採取 <input type="checkbox"/>した <input type="checkbox"/>していないので希望 <input type="checkbox"/>していないが希望無 <input type="checkbox"/>非該当 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>	<p>担当・窓口となる警察官・検察官が有の場合 ・警察官(氏名:) (連絡先:) ・検察官(又は事務官)(氏名:) (連絡先:)</p> <p>司法手続等の説明について受けていない、又は受けたがよく分からないの場合、弁護士への相談を <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>依頼弁護士がいるので不要 <input type="checkbox"/>その他()</p> <p>警察・検察での事情聴取等の予定有の場合、支援者や弁護士の付添いの希望 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>その他、警察・検察関係での不安、問題有の場合の具体的内容 ()</p> <p>捜査等の進捗状況の連絡(被害者連絡制度)についての希望 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>
司法関係の手続等	刑事手続・裁判等	<p>刑事裁判の予定 <input type="checkbox"/>済み(判決等:) <input type="checkbox"/>有(日程等:) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明その他()</p> <p>刑事裁判での証人出廷の予定 <input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>有(日程等:) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>その他刑事手続・裁判の不安、問題 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>弁護士による法律相談の利用 <input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>	<p>刑事裁判の予定有の場合 ・裁判への関わり方の希望 <input type="checkbox"/>被害者参加 <input type="checkbox"/>意見陳述 <input type="checkbox"/>傍聴 <input type="checkbox"/>代理傍聴 <input type="checkbox"/>特に希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>・公判の結果やその後の処遇等の連絡(被害者等通知制度)についての希望 <input type="checkbox"/>すでに申出済み <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>刑事裁判での証人出廷の予定有の場合の不安や問題 <input type="checkbox"/>有(内容:) <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>その他刑事手続・裁判の不安、問題の具体的内容 ()</p> <p>刑事手続・裁判等に関する支援弁護士について <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>いないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>
	民事手続・裁判等	<p>示談交渉 <input type="checkbox"/>済み <input type="checkbox"/>進行中 <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>損害賠償請求 <input type="checkbox"/>判決済み <input type="checkbox"/>訴訟中 <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>その他民事手続・裁判に関する不安、問題 <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>弁護士による法律相談の利用 <input type="checkbox"/>利用済み <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>していないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>	<p>示談が済みの場合の内容 ()</p> <p>損害賠償請求が判決済みの場合の内容 ()</p> <p>損害賠償請求を行っておらず、刑事裁判が結審していない場合に損害賠償命令制度を <input type="checkbox"/>すでに申立て済み <input type="checkbox"/>希望する <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p> <p>その他民事手続・裁判に関する不安、問題の具体的内容 ()</p> <p>民事手続・裁判等に関する支援弁護士について <input type="checkbox"/>いる <input type="checkbox"/>予定あり <input type="checkbox"/>いないが希望 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>不明・その他()</p>

分野	項目	聴き取り事項	追加情報・特記事項等
その他	その他	その他の不安、問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明・その他()	不安、問題の具体的内容 ()
	特記事項		

支援に関する調整・協議のための個人情報提供同意書

私は、犯罪被害者等の支援に関する調整・協議に関する説明を受け、
() が受けた犯罪被害に関し、参加機関・団体による支援の協議等を行うことに同意します。

また、協議等を行うにあたり、

- 被害者及び家族等の氏名、住所、生年月日、連絡先
- 被害状況（発生日時・場所、被害の罪種、取扱い警察署等）
- 希望する支援制度・サービス

等の支援を受けるにあたって必要な情報（コーディネーターに相談した内容）を、

- 北海道環境生活部くらし安全局道民生活課
- 北海道警察本部警務部警務課犯罪被害者支援室
- 居住する市町村の支援担当者
- 犯罪被害者等早期援助団体（（公社）北海道家庭生活総合カウンセリングセンター）
- その他、道が必要と認める関係機関・団体（)

で共有し、支援内容を協議することについて同意します。

年 月 日

住 所 （〒 - ）

連絡先

氏 名

※未成年の場合、保護者又は代理人の方も記名願います

氏 名

<電話による確認の場合>

() に対し、犯罪被害者等の支援に関する調整・協議に関する説明を行い、上記のとおり支援にあたっての参加機関・団体との情報の共有及び支援内容の協議についての同意を得た。

年 月 日 担当者：所属()

氏名()

支援計画検証シート

利用者氏名：

記入者氏名：

記入年月日： 年 月 日

項目	相談者の困りごと 希望すること	支援内容	実施結果 (進捗状況)	提供機関 (担当者)	優先 順位

次回支援調整会議予定日： 年 月 日 【次回会議参加予定者氏名（機関）： 】

特記事項	
------	--