

新潟県犯罪被害者等支援多機関ワンストップサービス実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、新潟県犯罪被害者等支援条例（令和3年新潟県条例第9号。以下「条例」という。）の趣旨を踏まえ、犯罪被害者等が直面している諸問題を解決するため、新潟県（以下「県」という。）、新潟県警察（以下「県警」という。）、公益社団法人にいがた被害者支援センター（以下「支援センター」という。）の三者（以下「三者」という。）をはじめとする関係機関による連携のもと、犯罪被害者等のニーズに応じた途切れない支援を提供すること（以下「多機関ワンストップサービス」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において使用する用語は、特別の定めのある場合を除くほか、条例において使用する用語の例による。

2 この要綱において、「個人情報」とは、「個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）」第2条に定めるものをいう。

3 この要綱において、「家族」及び「遺族」とは、民法（明治29年法律第89号）第725条に定める親族の範囲内の者とし、法律上の身分関係がない者であっても、これと同視し得る事情にある者を含むものとする。

4 この要綱において、「対象犯罪行為」とは、次に掲げるものをいう。

(1) 別表の事件の種類欄に掲げる事件（未遂を含む。）

(2) 前号のほか、三者の協議により、多機関ワンストップサービスによる支援が必要と認められる事件

(支援対象者)

第3条 多機関ワンストップサービスにおける支援対象者（以下「支援対象者」という。）

は、前条第4項の対象犯罪行為による犯罪被害者等のうち、次の各号のいずれにも該当する者とする。ただし、三者において特に必要と認める場合は、この限りでない。

(1) 新潟県内に住所又は居所を有する者

(2) 県、県警、支援センター、市町村及びその他関係機関等（以下「相談受付機関等」という。）に相談を行った者のうち、多機関ワンストップサービスによる支援を希望し、第6条で定める犯罪被害者等支援コーディネーター（以下「コーディネーター」という。）が支援対象とすることが適当と判断した者

2 次のいずれかに該当する場合は、支援対象者としなない。

(1) 犯罪被害者等が暴力団等反社会的組織の構成員及びその関係者である場合

(2) 犯罪被害者等が犯罪を誘発した場合など、当該犯罪被害につき犯罪被害者等にも責めに帰すべき行為がある場合

(3) その他の事情から判断して、支援を行うことが社会通念上適切でないと認められる場合

(新潟県犯罪被害者等支援調整会議の設置)

第4条 多機関ワンストップサービスを円滑に運用するため、新潟県犯罪被害者等支援調整会議（以下「支援調整会議」という。）を設置し、県総務部県民生活課に事務局を置く。

2 支援調整会議は、次に掲げる機関で構成する。

- (1) 県総務部県民生活課
- (2) 県警警務部警務課
- (3) 支援センター
- (4) 個別の事案への対応を進める上で必要な市町村
- (5) 前各号のほか、個別の事案への対応を進める上でコーディネーターが必要と判断した関係機関

(支援調整会議の所掌事務)

第5条 支援調整会議は、次に掲げる事務を所掌する。

- (1) 支援対象者に対する支援内容の協議及び支援計画の決定
- (2) 支援計画の進捗状況の確認及び検証
- (3) 前号に基づく支援内容の再協議及び支援計画の修正・変更
- (4) 犯罪等により死傷者が多数に上るなどの重大な事案が発生した場合における緊急支援に関する協議
- (5) その他多機関ワンストップサービスに関連する事項

(コーディネーターの配置)

第6条 多機関ワンストップサービスに係る業務を円滑に行うため、支援センターにコーディネーターを置く。

2 コーディネーターは、次に掲げる業務を実施する。

- (1) 支援対象者の状況確認やニーズ等の把握及びそれに基づく支援計画の立案
- (2) 支援調整会議開催に係る必要性の判断
- (3) 支援調整会議における支援計画の説明
- (4) 支援計画に基づく具体的な支援サービスの提供に向けた関係機関との調整
- (5) 支援対象者への支援計画の説明
- (6) 支援計画の進捗状況の確認
- (7) 支援対象者に対する定期連絡及び状況確認
- (8) 支援計画の検証及び見直し
- (9) 多機関ワンストップサービスによる支援終了の判断
- (10) 犯罪被害者等支援に関する市町村等への助言
- (11) その他、多機関ワンストップサービスに関連する業務

(支援調整会議の開催)

第7条 支援調整会議は、コーディネーターの要請により、県が招集する。

2 コーディネーターが必要と判断する場合は、支援対象者の求める支援を提供できる関係機関・団体等の参加要請や意見の聴取等を行うことができる。

3 支援調整会議の開催及び資料は非公開とする。

(多機関ワンストップサービスの手続)

第8条 多機関ワンストップサービスに係る手続は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 相談受付機関等は、犯罪被害者等から聴取した内容を基に、「相談受理票（様式第1号）」を作成し、犯罪被害者等の同意を得て、「相談受理票」の写しをコーディネーターに交付し、聴取した内容を引き継ぐものとする。
- (2) コーディネーターは、面談により状況を確認し、「アセスメントシート（様式第2号）」によりニーズを把握した上で、支援対象とすることが適当かを判断する。
- (3) コーディネーターは、支援対象者から、多機関ワンストップサービスによる支援及び被害状況等の情報共有の同意を得たときは、「多機関ワンストップサービスによる支援要請申出書兼個人情報提供同意書（様式第3号）」を徴する。
- (4) コーディネーターは、「支援計画書兼検証表（様式第4号）」の案を作成し、支援調整会議において検討・決定した支援計画について、原則として支援対象者に交付の上、説明を行う。
- (5) コーディネーターは、定期的に支援計画の進捗状況を確認し、必要に応じ支援計画の見直しを行うものとする。
- (6) 多機関ワンストップサービスの終結については、原則として支援計画作成から12月目の支援調整会議で今後の支援方針を確認した上で、終結するものとする。なお、支援計画を延長する特別の理由がある場合には、協議の上、延長することができるものとする。

(個人情報の保護)

第9条 個人情報の取扱いについては、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）及び新潟県個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年新潟県条例第32号）、その他関係法令を遵守し、個人情報を適切に保護しなければならない。

2 犯罪被害者等の個人情報の適切な管理に関して必要な事項は、別記「個人情報取扱特記事項」によるものとする。

(その他)

第10条 本要綱に定めのない事項について疑義が生じたときは、三者において協議の上、決定するものとする。

附則

この要綱は、令和8年 月 日から施行する。

別表（第2条関係）

区分	事件の種類
1 身体犯	(1) 殺人罪 (2) 強盗致死傷罪 (3) 強盗・不同意性交等罪及び強盗・不同意性交等致死罪 (4) 不同意性交等罪 (5) 不同意わいせつ罪 (6) 不同意わいせつ等致死傷罪 (7) 監護者わいせつ罪及び監護者性交等罪 (8) 未成年者略取及び誘拐罪 (9) 営利目的等略取及び誘拐罪 (10) 身の代金目的略取及び誘拐罪 (11) 所在国外移送目的略取及び誘拐罪 (12) 人身売買罪 (13) 逮捕及び監禁罪 (14) 逮捕等致死傷罪 (15) 傷害致死罪 (16) 傷害罪のうち、被害者が全治1か月以上の傷害を負ったもの (17) 前各号に掲げる罪以外で、致死傷を結果とする結果的加重犯において、致死の結果が生じたもの又は致傷の結果が生じたもののうち被害者が全治1か月以上の傷害（PTSD等の精神疾患を含む。）を負ったもの
2 重大な交通事故事件	(1) 死亡ひき逃げ事件 (2) ひき逃げ事件 (3) 交通死亡事故（(1)に掲げるもののほか、車両等の交通により人の死亡があった事故をいう。） (4) (2)に掲げるもののほか、車両等の交通により人が全治3か月以上の傷害を負った事故 (5) 前各号に掲げるもののほか、危険運転致死傷罪に該当する事件

別記

個人情報取扱特記事項

(基本的事項)

第1条 個人情報の保護の重要性を認識し、本業務の実施に当たっては個人の権利利益を害することのないよう、個人情報の取扱いを適正に行わなければならない。

(秘密の保持)

第2条 本業務に関して知り得た個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。業務が終了した後においても、同様とする。

(収集の制限)

第3条 本業務を行うために個人情報を収集するときは、業務を達成するために必要な範囲内で、適法かつ適正な方法により行わなければならない。

(留意事項)

第4条 犯罪被害者等に係る個人情報の取扱いに係る留意事項については、以下のとおりとする。

- (1) 被害者及びその家族に関する氏名、生年月日、本籍、住所、電話番号等の個人情報を伴う書類にあっては、原則手渡しにより行うこととするが、簡易書留等による郵送（受取確認ができるもの）やパスワード付き電子メール等による送付に限り可能とする。
- (2) 書類を電子メールで送信する場合は、送信前に必ず送信先の受信確認を実施するとともに、作成者を含む2名以上の職員で確認した上で送信するなど、誤送信防止の措置を講じること。
- (3) 個人情報を有する書類にあっては、執務中は机上に放置しない等、関係者以外の者が容易に閲覧できないよう取り扱うとともに、保管責任者を指定した上で、施錠できるロッカー等で保管する。また、不要な複製及び持出しを行わない。
- (4) 支援調整会議で個人情報が記載されたものを配布する必要がある場合は、原則として会議終了後回収し廃棄する。
- (5) 情報の共有を受けた後の機関及び団体内部における共有の範囲は、支援に関係のある職員に留めるものとし、不必要な写しの作成をしない等共有時の注意喚起を徹底する。
- (6) 「新潟県犯罪被害者等支援多機関ワンストップサービス実施要綱」で定める各様式等の保存期限は、支援終了とみなした日（完結日）の属する年度の翌年度の4月1日から5年とする。5年経過する前に、再度支援対象者から要望がなされた場合は、新たな要望とする支援が終了したとみなした日（完結日）の属する年度の翌年度の4月1日から5年とする。

(事故報告)

第5条 個人データ漏洩等の事故が発生した場合は、速やかに新潟県総務部県民生活課に報告する。

(様式第1号)

相談受理票

	受理機関	受理者
受理年月日	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> 訪問 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX 年 月 日 : ~ :	
相談者の氏名等	フリガナ 氏名： 生年月日： 年 月 日 (歳) 性別	
	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(()) 確認書類： <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他(()) (相談者と異なる場合記載)	
犯罪等被害の概要 ※犯罪被害者等からの 申告を基に記載	フリガナ 被害者氏名： 生年月日： 年 月 日 (歳) 性別	
被害届	被害発生日： 年 月 日 発生場所(市町村)：	
<input type="checkbox"/> 提出済 ・提出日 ・提出警察署	被害の種類：【支援調整会議対象犯罪(未遂含む)】 <input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 強盗致死傷 <input type="checkbox"/> 性犯罪(身体犯) <input type="checkbox"/> 逮捕・監禁 <input type="checkbox"/> 略取・誘拐 <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害(全治1か月以上) <input type="checkbox"/> ひき逃げ <input type="checkbox"/> 交通事故死亡 <input type="checkbox"/> 交通事故(3か月) <input type="checkbox"/> 危険運転致死傷 <input type="checkbox"/> 配偶者からの暴力 <input type="checkbox"/> 子ども虐待 <input type="checkbox"/> 性暴力 <input type="checkbox"/> 交通事件 <input type="checkbox"/> その他(())	
<input type="checkbox"/> 未提出	被害の概要	
	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(障害や後遺障害の程度)：	
	弁護人の選任： 相談者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし / 加害者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
希望する支援等	<input type="checkbox"/> 心身の健康 () <input type="checkbox"/> 医療費・保険・年金 () <input type="checkbox"/> 子育て・教育 () <input type="checkbox"/> 障害・介護 () <input type="checkbox"/> 住居・生活 () <input type="checkbox"/> 仕事 () <input type="checkbox"/> 刑事・民事・その他法的支援 ()	
これまで受けた 支援内容等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 相談日： 年 月頃 相談機関名： 受けた支援の概要：	
情報提供についての 同意確認欄	上記記載の情報を「犯罪被害者等支援コーディネーター」に提供することに同意します。 氏名 (署名)	
電話相談の場合の 同意確認欄	上記記載の情報を、犯罪被害者等支援コーディネーターに提供することについて、同意を得た。 所属 氏名 年 月 日 担当者：(() ())	
コーディネーター への引継ぎ	引継年月日： 年 月 日 引継した者の氏名 引継を受けた者の氏名	

アセスメントシート

支援 番号	
----------	--

被害者名：	相談者名：	(続柄)
-------	-------	------

面接日時： 年 月 日	面接者：
-------------	------

心身の状況	①身体症状 (被害以後)	<input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 変化なし <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 減少 <input type="checkbox"/> 性犯罪によるもの <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 性感染症 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 後遺症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 諸症状 <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 疲労感 <input type="checkbox"/> 体の痛み 頭・胸・腹・手・足・その他 () <input type="checkbox"/> その他 []
	②精神症状 (被害以後)	<input type="checkbox"/> 諸症状 <input type="checkbox"/> 恐怖感 <input type="checkbox"/> 不安感 <input type="checkbox"/> フラッシュバック <input type="checkbox"/> 悪夢 <input type="checkbox"/> 外出困難 <input type="checkbox"/> 人間不信 <input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 混乱 <input type="checkbox"/> 絶望感 <input type="checkbox"/> 自尊感情の低下 <input type="checkbox"/> 悲嘆 <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> 疑いなし <input type="checkbox"/> 疑いあり <input type="checkbox"/> 診断済(時期) 症状 <input type="checkbox"/> 過覚醒 <input type="checkbox"/> 回避 <input type="checkbox"/> 再体験(進入) <input type="checkbox"/> 認知と気分の陰性の変化 <input type="checkbox"/> その他 []
	③医療 (被害以前)	<input type="checkbox"/> 被害以前の精神科/心療内科受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時期 診断名 医療機関名) 既往歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名)
	④医療 (被害以後)	<input type="checkbox"/> 産婦人科受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名 受診日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療済 性感染症検査 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 精神科/心療内科受診 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名 受診日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療済 <input type="checkbox"/> その他の科受診 科
	⑤カウンセリング	<input type="checkbox"/> カウンセリングを受けたことがあるか <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 被害以前から受けている(受診機関名) <input type="checkbox"/> 被害後に受けている(受診機関名) <input type="checkbox"/> 今後受けたい 利用希望制度(警察・その他)
	⑥留意する症状 (医療機関受診の必要性)	<input type="checkbox"/> 過呼吸 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: 持続度: 週間・1か月以上) 日常生活への影響度: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: 持続度: 週間・1か月以上) 日常生活への影響度: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 希死念慮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(頻度: 持続度: 週間・1か月以上) 日常生活への影響度: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> その他 []
	⑦その他	

アセスメントシート

支援 番号			
協力 体制 等	①身近な人の協力	○育児／家事援助者 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ○相談できる人 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	②他機関	○現在利用中の医療／福祉サービス、制度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○他機関への相談歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 相談先 () いつ (年 月 日) 相談先 () いつ (年 月 日) 相談内容 { } ○連携の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	③その他特記事項		
日 常 生 活	①家族関係	○家族へ被害事実を伝えている <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 知られたくない <input type="checkbox"/> 理解を得にくい <input type="checkbox"/> 協力を得にくい <input type="checkbox"/> その他 () ○夫婦／家族間不和 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○家族が被害者本人への接し方が分からない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○子どもの環境変化 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (保育所、学童保育への入所等) ○その他家族の様子 ()	
	②住居・生活関係	○役所等への手続きができない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ○公共交通機関が利用できない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ○住居に関する要望 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (一時避難、転居、ハウスクリーニング、その他 ()) ※支援制度活用 <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 市町村 <input type="checkbox"/> その他 () ○介護・育児を必要とする人がいる <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○家事・介護・育児が十分できない <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	③職場関係	○職業 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 正職員 <input type="checkbox"/> 派遣 <input type="checkbox"/> パート (日/週) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 休職中 ○被害後の状況 <input type="checkbox"/> 通常どおり <input type="checkbox"/> 被害後休職中 (有給休暇・無給) <input type="checkbox"/> 被害後失業 ○職場関係者に被害事実を伝えている <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○職場の協力 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	④学校関係	○学校関係者に被害事実を伝えている <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○被害後学校に <input type="checkbox"/> 行けている <input type="checkbox"/> 行けていない () ○学校関係者の協力 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ○市町村の協力又は学校と市町村の連携 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	⑤経済状況	○経済不安 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (○収入減 <input type="checkbox"/> 支出増) <input type="checkbox"/> その他 () ○治療費支払困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ○各種保険 <input type="checkbox"/> 支払予定なし <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 請求中 <input type="checkbox"/> 生命保険 <input type="checkbox"/> 賠償金 <input type="checkbox"/> 自動車保険 <input type="checkbox"/> 労災保険 <input type="checkbox"/> その他 () ○犯罪被害者等給付金 <input type="checkbox"/> 支払予定なし <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 請求中 ○見舞金等 (県・市町村) <input type="checkbox"/> 支払予定なし <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 請求中 ○ネットワーク緊急支援金 <input type="checkbox"/> 支払予定なし <input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 請求中 ○年金 <input type="checkbox"/> 受給中 () <input type="checkbox"/> 請求中 () <input type="checkbox"/> 受給予定なし ○生活保護 <input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 受給手続中 <input type="checkbox"/> 受給希望あり <input type="checkbox"/> 受給希望なし	
	⑥安全確保	○再被害のおそれ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○二次被害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ○外出困難 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	⑦その他		

アセスメントシート

支援 番号		
司法 手続	①加害者	<p>○加害者特定 <input type="checkbox"/>されている <input type="checkbox"/>されていない <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>○特定されている場合 <input type="checkbox"/>逮捕勾留中 <input type="checkbox"/>在宅捜査中 <input type="checkbox"/>起訴済 <input type="checkbox"/>不起訴 <input type="checkbox"/>公判中</p> <p>○被害者との関係 <input type="checkbox"/>家族等(関係:) <input type="checkbox"/>知人 () <input type="checkbox"/>他人 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>○加害者は被害者の住所を <input type="checkbox"/>知っている <input type="checkbox"/>知らない <input type="checkbox"/>不明</p> <p>○加害者の年齢 <input type="checkbox"/>成年 (歳) <input type="checkbox"/>未成年 (歳) <input type="checkbox"/>不明</p> <p>○加害者の性別 <input type="checkbox"/>男性 <input type="checkbox"/>女性 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>不明</p>
	②刑事手続	<p>○検察官との接触 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(担当検察官 部 検事)</p> <p>○検察庁への付添希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(付添希望者)</p> <p>○裁判傍聴の希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(傍聴する人)</p> <p>○裁判傍聴の付添希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(付添希望者)</p> <p>○被害者参加の希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(参加する人)</p> <p>○被害者参加時の配慮 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>付添 <input type="checkbox"/>遮蔽 <input type="checkbox"/>参加弁護士の委任 <input type="checkbox"/>その他)</p> <p>○公判内容情報の希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○証人出廷必要性 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(証人出廷する人)</p> <p>○証人出廷時の配慮 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>付添 <input type="checkbox"/>遮蔽 <input type="checkbox"/>ビデオリンク)</p> <p>○証人出廷への迷い <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○意見陳述希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり(意見陳述する人)</p> <p>○意見陳述時の配慮 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり (<input type="checkbox"/>付添 <input type="checkbox"/>遮蔽 <input type="checkbox"/>ビデオリンク <input type="checkbox"/>検事の代読)</p> <p>○代理傍聴希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</p> <p>○その他</p>
	③民事手続	<p>○損害賠償請求 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>提訴中 <input type="checkbox"/>結審 <input type="checkbox"/>再提訴を検討</p> <p>○賠償金の支払 <input type="checkbox"/>支払われている <input type="checkbox"/>支払われていない</p> <p>○示談交渉 <input type="checkbox"/>希望しない <input type="checkbox"/>検討中 <input type="checkbox"/>あり ()</p> <p>○損害賠償命令制度利用希望 <input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり ()</p> <p>○その他 ()</p>
	④弁護士	<p>○弁護士相談 <input type="checkbox"/>相談済 <input type="checkbox"/>依頼済 <input type="checkbox"/>相談希望 <input type="checkbox"/>相談希望なし (弁護士名:)</p> <p>○依頼したい内容 <input type="checkbox"/>刑事手続関係(被害者参加(国選・私選)、意見陳述、その他) <input type="checkbox"/>民事訴訟関係(損害賠償請求、損害賠償命令制度、示談、保険金関係、その他) <input type="checkbox"/>犯罪被害者等給付金、見舞金等手続 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>○その他 ()</p>
	⑤その他 特記事項	

アセスメントシート

支援 番号	
----------	--

その他

多機関ワンストップサービスによる支援要請申出書 兼 個人情報提供同意書

私は、() が受けた犯罪被害に関し、新潟県が提供する多機関ワンストップサービスによる支援を受けることに同意します。
また、支援を受けるにあたり、下記のことについて同意します。

①コーディネーターが支援要件の確認のため、被害等について新潟県警本部に照会すること。

②支援を受けるために必要な氏名、住所、家族構成、希望する支援制度等の情報について、以下の機関へ情報提供し、情報を共有すること。

- 新潟県総務部県民生活課
- 新潟県警察本部警務課犯罪被害者支援室
- 公益財団法人にいがた被害者支援センター
- 市町村の関係課(係) (市町村名:)
- その他関係機関・団体(機関・団体名:)

なお、以下のとおり宣誓します。

- 犯罪被害者及び支援要請者は、暴力団等反社会的組織の構成員及びその関係者ではありません。
- 犯罪被害者及び支援要請者による犯罪を誘発する行為及び被害に関して責めに帰すべき行為はありません。

年 月 日

住 所 (〒 -)

連絡先

※日中連絡の取れる連絡先をご記入願います

支援要請者氏名 (続柄:)

※未成年の場合、保護者又は代理人の方も記名願います

代理人氏名 (続柄:)

犯罪被害者等支援コーディネーター記載欄

〔電話・口頭による確認の場合〕

多機関ワンストップサービスによる支援及び情報提供に関する説明を行い、同意を得た。

年 月 日

担当者: 所属 ()
氏名 ()

支援計画書兼検証表

支援 番号							
利用者氏名			相談受理機関	<input type="checkbox"/> 警察 () <input type="checkbox"/> 新潟県 () <input type="checkbox"/> (公社)にいがた被害者支援センター <input type="checkbox"/> 市町村 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
初回面談	年	月		日			
計画作成日	年	月	日	会議参加者 (会議開催日) 年 月 日	<input type="checkbox"/> 警察 () <input type="checkbox"/> 新潟県 () <input type="checkbox"/> (公社)にいがた被害者支援センター <input type="checkbox"/> 市町村 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
計画作成者							
項目	対象者	相談者の困りごと・希望すること等	必要な支援提供する支援内容	支援機関(担当者)	支援期間	実施結果(進捗状況)	
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []				年 月から 年 月まで		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []				年 月から 年 月まで		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []				年 月から 年 月まで		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []				年 月から 年 月まで		
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 []				年 月から 年 月まで		
特記事項							

【コーディネーター使用欄】

提供する内容について、本計画に基づき説明しました。

説明日： 年 月 日

説明者：