

性暴力等犯罪被害者支援業務委託仕様書

- ・この仕様書は企画提案書作成用である。
- ・プロポーザル方式による業務委託候補者選定後、埼玉県は業務委託候補者と協議を行い、協議が整った場合は、仕様書を契約候補者の企画提案内容に合わせ修正の上、契約を締結する。

1 委託業務の名称

性暴力等犯罪被害者支援業務委託

2 履行場所

彩の国犯罪被害者ワンストップ支援センター（埼玉県さいたま市南区沼影 1-10-1 ラムザタワー 3階）内またはその周辺

3 履行期間

令和7年4月1日から令和8年5月31日まで

4 業務の目的

本業務は、性暴力・性犯罪被害者等からの相談に応じて、必要な情報の提供や医療費、法律相談費用の公費助成その他関係機関と連携した支援等を行うことにより、被害者の負担を軽減して早期回復を図るとともに、被害の潜在化を防止することを目的とする。

5 業務を実施する地域

本業務を実施する地域は、埼玉県内全域とする。

ただし、必要な支援を実施するためにやむを得ない事情があると県が認める場合は、この限りではない。

6 支援対象者

本業務による支援の対象となる者は、埼玉県内に在住する性暴力・性犯罪被害者及びその家族又は遺族とする。ただし、被害直後の急性期対応を必要とする県外在住の性暴力・性犯罪被害者については、この限りではない。

また、電話相談は、県内在住者に限らず、被害者の友人、知人など被害関係者からの相談にも応じるものとする。

7 業務実施施設の設置・構造

(1) 受託者は、彩の国犯罪被害者ワンストップ支援センター内またはその周辺に本業務を実施するための施設を設置すること。

(2) 上記(1)により設置する施設には専用の事務スペース(事務用机、椅子等を備えること)、電話相談室、面接相談室及び書類等を保管する施錠設備を有するロッカー等を備えること。

(3) 電話相談室及び面接相談室は、支援対象者のプライバシーに配慮した構造とすること。

8 業務等の名称

(1) 本業務の名称は「アイリス」とすること。

(2) 電話相談の名称は「性暴力等犯罪被害専用相談電話アイリスホットライン」(以下「アイリスホットライン」という。)とすること。

9 業務日及び業務時間

本業務の業務日及び業務時間は次の表に示すとおりとする。

なお、メール相談受付に関する対応は、メール受信確認日から原則2業務日以内に行うこと。

区分	業務日	運営時間
電話相談	年中無休	24時間対応
面接相談 (オンラインを含む)	月～金曜日(祝祭日及び年末年始 (12/29～1/3)を除く)	8:30～17:00
メール相談受付	受付フォーム: 24時間掲載	
	対応: 月～金曜日(祝祭日及び年 末年始(12/29～1/3)を除く)	8:30～17:00

10 業務内容

受託者は、前記6の支援対象者に対して以下の業務を行うものとする。

(1) 相談・支援業務

ア 電話、面接またはメール相談受付により、支援対象者からの相談や問い合わせに対応し、支援に関する説明や必要な情報提供を行うこと。なお、面接等については、支援対象者の置かれている状況等を考慮し、必要によりオンラインを活用するほか、施設外においても対応すること。

イ 支援対象者の要望等に応じて、関係機関・団体への情報提供や橋渡しを行うこと。

ウ 支援対象者が市町村や警察署等に赴く場合、要望により付添い、被害状況を説明

する等の必要な支援を行うこと。

(2) 医療費等支援

支援対象者のうち、公費負担事業ガイドラインに従い、産婦人科等の医療機関等において、性暴力等被害に伴う医学的処置、検査等が必要と認められる者に対して次の支援を行うこと。

- ア 産婦人科等の医療機関において、性暴力・性犯罪の被害に伴いその被害状況の把握又は緊急の医療、検査等を必要とする場合には、医療費を助成
- イ 精神科の医療機関において、性暴力・性犯罪の被害に伴い、その精神的な被害の状況の把握又は医療、検査等を必要とする場合には、医療費を助成。
- ウ 上記(2)のほか、性暴力・性犯罪の被害により生じた精神的な傷つきから回復する目的で実施するカウンセリングに係る費用を助成
- エ 上記ア、イ、ウにおける医療機関等への付添い支援

(3) 法律相談支援

支援対象者のうち、公費負担事業ガイドラインに従い、刑事、民事、行政手続きを問わず、法律相談が必要と認められる者に対して次の支援を行うこと。

- ア 弁護士に対する法律相談費用の助成
- イ 上記アにおける弁護士事務所等への付添い支援

11 委託業務に従事する者

下記のいずれにも該当する者を、常勤に換算して2名以上とする。

- (1) 性暴力等犯罪被害に精通し、支援対象者からの相談に適切に対応し、かつ、県及び関係機関と円滑に連携し、必要な支援を調整できること。
- (2) 原則として、本業務に専ら従事していること。ただし、他の業務と兼務している者について、本業務に専ら従事する時間を日報等により明確に区分することが可能な場合は、その時間に限り、「本業務に専ら従事している者」として取り扱って差し支えない。

12 相談業務に従事する者の研修及び受傷対策

- (1) 受託者は、本業務に従事する者が各月に受けた研修等について、(別紙様式7)により月末にまとめ、翌月15日までに月次報告として電子データで提出すること。
- (2) 受託者は、相談業務に従事する相談員に対して、支援者に生じる心理的ストレス(代理受傷)を軽減するよう定期的に対策を講じること。

13 相談及び情報提供の事務取扱

- (1) 受託者は、受理番号、支援対象者氏名及び相談内容等を相談票(別紙様式1)に

記載し、整理・保管すること。なお、その相談が「性をめぐる個人の尊厳が重んぜられる社会の形成に資するために性行為映像制作物への出演に係る被害の防止を図り及び出演者の救済に資するための出演契約等に関する特則等に関する法律」（AV出演被害防止・救済法）に関する場合は、AV出演被害に係る相談について（別紙様式2-1又は2-2）についても併せて作成すること。

- (2) 受託者は、支援対象者及び相談内容等に関する事項を関係機関等に情報提供する場合は、予め支援対象者から情報提供に関する同意確認書（別紙様式3）を徴し、整理・保管すること。
- (3) 上記（2）の場合において、関係機関等と情報を授受する際には情報提供票（別紙様式4）を作成し、整理・保管すること。
- (4) 支援対象者が、受託者の事業の支援を必要とする場合は、支援対象者の同意を得て、本委託業務の相談の内容等について受託者の事業に利用することができる。

14 委託業務の報告等

- (1) 受託者は、委託契約締結後10日以内に、県に対して本業務に係る年間業務計画（別紙様式5）及び収支計画（別紙様式6）を電子データで提出すること。
- (2) 受託者は、各月の本委託業務の実施状況（別紙様式7）を月末にまとめ、AV出演被害に係る相談について（別紙様式2-1又は2-2）と併せて、翌月15日までに月次報告を電子データで提出すること。ただし、令和7年度の3月分については、3月31日までに、令和8年度の5月分については5月31日までに報告すること。
- (3) 受託者は、本業務に関し、支援対象者からの意見等（意見・要望・苦情・激励・感謝等）が寄せられたときは、（別紙様式8）により、電子データにて随時報告をすること。
- (4) 受託者は、令和7年度においては令和8年3月31日までに、令和8年度においては令和8年5月31日までに、県に対して本委託業務に係る年間業務報告（別紙様式5）及び収支報告（別紙様式6）を電子データで提出すること。
- (5) 上記（1）から（4）までの他、受託者は県から本業務に係る報告を求められたときは、随時報告及び資料の提供を行うこと。

15 経理及び証拠書類の整備保管

- (1) 上記14各号の規定に基づく報告の作成に当たっては、本業務に係る経理と受託者が実施するその他の業務に係る経理とを明確に区分すること。
- (2) 本業務の収入及び支出について、その証拠書類又は証拠物については、業務完了の日の属する年度の翌年度から起算して5年間整備保管すること。なお、この仕様書に定めるものの他、本業務に係る収入及び支出の証拠書類及び証拠物の整備保管

については、今後内閣府が示す令和7年度の「性暴力・配偶者暴力被害者等支援交付金（性暴力・性犯罪被害者支援事業）交付要綱」の規定に従うこと。

- (3) 本業務により作成、提供された書類等は、施錠設備を有するロッカー等で保管し、適切に管理すること。

16 再委託

平日夜間、土曜日、日曜日及び祝日等の相談業務を再委託する場合、次の点に留意すること。

- (1) 再委託する場合は、あらかじめ書面による承諾を得ること。
- (2) 再委託先に対して、電話相談の受話手順及び協力病院のリスト等、相談業務に必要な情報を提供し、十分に連携を図ること。
- (3) 再委託先からの相談件数、内容等に関する日次報告、月次報告を徴取し、集計すること。
- (4) 再委託先が夜間等に、受託者における緊急な対応を要すると判断した場合の連絡体制について、整備しておくこと。
- (5) 再委託先からの日次報告及び上記（4）の緊急連絡において、直接支援が必要な事案については、「9 業務日及び業務時間」に関わらず、できる限り速やかに必要な支援を実施すること。
- (6) 再委託先との間で情報を授受する際は、その取り扱いに十分に注意すること。

17 その他

上記の他、この仕様書に関し疑義が生じた場合は、委託者と協議すること。

性暴力等犯罪被害者支援業務委託に係る医療費及び法律相談公費負担事業ガイドライン

性暴力等犯罪被害者支援業務委託契約に基づき実施する次の公費負担事業は、埼玉県性暴力等犯罪被害者支援業務仕様書によるほか、本ガイドラインに基づき実施する。

第 1 助成対象者

1 助成対象者

性暴力等犯罪被害者支援業務仕様書に定める支援対象者として受託者が相談を受けた者のうち、次に掲げる罪の被害若しくはこれに準ずる被害又はこれらに相当する性暴力を受けた者(以下「被害者」という。)並びにその家族又は遺族(以下これらを「被害者等」という。)とする。

- (1) 強盗・不同意性交等罪及び同致死罪(刑法第 241 条の罪であり、未遂を含む。)
- (2) 不同意性交等罪(刑法第 177 条の罪であり、未遂を含む。)
- (3) 不同意わいせつ罪(刑法第 176 条の罪であり、未遂を含む。)
- (4) 監護者わいせつ罪及び監護者性交等罪(刑法第 179 条の罪であり、未遂を含む。)
- (5) 不同意わいせつ等致死傷罪(刑法第 181 条の罪)
- (6) 16 歳未満の者に対する面会要求等罪(刑法第 182 条の罪)
- (7)「性をめぐる個人の尊厳が重んぜられる社会の形成に資するために性行為映像制作物への出演に係る被害の防止を図り及び出演者の救済に資するための出演契約等に関する特則等に関する法律」(AV 出演被害防止・救済法)において処罰の対象となる行為
- (8) その他、被害者の意に反する淫行、性的羞恥心を害する行為、卑わいな言動等の性的な行為に起因して、法律または都道府県の条例において処罰の対象となる行為

2 助成の対象外となる事項

助成対象者が、次に掲げる事由に該当する場合は、助成を行わないものとする。

- (1) 助成対象者と加害者との間に婚姻・内縁等の密接な関係があると認められるとき。ただし、被害時又は被害を契機に当該関係が破綻したと認められる場合等を除く。
- (2) 「都道府県警察による医療費及びカウンセリング費用の公費負担制度」が適用されるとき(但し下記「第 3 医療費等支援」に限る)。
- (3) 医療機関への受診または法律相談により発生した費用に対し、公的機関その他の機関・団体による助成を受けた結果、被害者等に費用負担が生じないとき。
- (4) 助成対象者が集团的又は常習的に暴力的不法行為を行う組織又は集団に属しているとき
- (5) 被害者の責めに帰すべき重大な理由があるとき又は虚偽申告の疑いがあるとき
- (6) 加害者若しくはその関係者から費用の支払いを受け、又は加害者若しくはその関係者と本事業における公費助成の利用を前提として費用の支払いを受けないことについてあらかじめ合意

したうえで公費助成を申請したと認められるとき

- (7) その他加害者若しくはその関係者の経済的負担の軽減等、これらの者を利する目的で公費助成を申請したと認められるとき
- (8) その他社会通念上、公費助成が不適切と認められるとき
- (9) 被害者に対する加害行為があった日に、その加害行為に対する刑罰法令が施行されていないとき

第2 助成対象者の確認

- 1 受託者は、被害者等から助成対象に相当する被害についての相談を受けたとき、又は被害者等から公費助成利用を希望する旨の相談を受けた場合には、アイリス助成対象確認書(様式1)により、助成対象の可否について確認を行う。
- 2 助成対象者となるか否かについて疑義が生じた場合、県と速やかに協議のうえ決定を行う。

第3 医療費等支援

- 1 医療費等支援は、受託者が相談を受けた助成対象者に対して、以下の目的のいずれかを達するため実施する。
 - (1) 被害の状況を把握するため
 - (2) 被害によって生じた傷病等に対する応急的な処置のため
 - (3) 被害により生じた精神的ダメージに対するこころのケアのため
- 2 受託者は、医療費等支援の実施にあたり疑義が生じた場合、県と速やかに協議するものとする。

【産婦人科等】

1 助成範囲

医療機関及び調剤薬局(以下「医療機関等」という。)から請求された、当該被害に起因して負担が発生した医療費のうち、次に定める費用とする。

(1) 初診料

ア 緊急対応や高度の処置が必要な場合等でやむを得ず初診時選定療養費の対象となる医療機関を受診した場合、当該費用を含む。

イ 緊急対応が必要となるために発生した時間外加算を含む。

ウ 以下の再診料は、初診料に含まれるものと解する。

(ア) 最初の受診の時点では行うことができない検査等、複数回受診しなければ被害状況の把握が困難等の理由により、医師の指示に基づき再度受診した場合。

(イ) 被害前に被害とは無関係な傷病により医療機関を受診していた等の理由で診療報酬上再診料が算定されているが、当該被害による受診は初めてとなる場合

(2) 検査費用

被害に起因し、又は被害状況の把握のために必要となる検査(性感染症検査を含む)又は、(3)

の処置を行うために必要となる検査に限る。

(3) 処置費用

ア 証拠採取等、被害の状況を把握するために実施する処置

イ 被害に起因する致傷時の負傷箇所に対する応急的な処置

ウ 被害による感染症等疾病のり患が疑われる場合にその予防のために実施する処置

エ その他被害状況の把握のために行う処置

(4) 緊急避妊措置料

(5) 人工妊娠中絶費用

処置を実施するために必要となる検査費用及び診察料を含む。

(6) (1)から(5)を実施するために必要となる薬品及び治療材料等の費用

上記の実施のために医療機関が発行した処方箋料及び、調剤薬局が当該処方箋に基づき処方した薬品や治療材料等の費用を含む。

(7) 診断書料

(1)から(6)の結果を踏まえ、今後治療や支援等を実施する医療機関又は関係機関に対し、診療に関する情報提供を行うため、医療機関が発行する文書の費用を含む。

2 上記1により被害者が医療機関等を受診した場合、被害者等は医療機関等により上記1に係る費用を支払い、受託者は被害者等の申請に基づきその費用の額を被害者等へ支払う。ただし、被害者等が当該費用を支払うことができない特段の事情があると認められる場合、受託者は県と個別に協議したうえで、医療機関等の請求に基づきその費用を支払うことができる。

3 被害者が第2による確認よりも前に医療機関等を受診し、上記1に係る費用を支払った場合、受託者は被害者が受診した医療機関等に対して被害に関する申告及び診察等の状況について詳細を確認する。

その上で、受診の前に相談が困難だったことについてやむを得ない事情があると認められる場合には、被害者等の申請に基づきその費用の額を被害者等へ支払うことができる。

4 被害者一人（一事件）当たりの助成額を次のとおり定める。

(1) 助成額は、原則として10万円を限度とする。ただし、人工妊娠中絶を含む場合は、原則として30万円を限度とする。

(2) 最初に受診した医療機関では被害状況の把握のために必要な設備等を有していない場合や、緊急処置を賄うことが困難と判断されたため、これらに対応可能な別の医療機関に別途受診する必要が生じた場合は、上記1の費用の助成はそれぞれの医療機関等を対象とする。この場合、限度額の判断はそれぞれの医療機関に対する助成額を合算する。

(3) 上記(1)又は(2)の定めでは被害状況の把握の目的を達することが困難である等、制度の目的から勘案し、これによりがたい特別な事情が認められる場合には、その助成額は個別に県に協議したうえで決定する。

【精神科】

1 助成範囲

医療機関等又はカウンセリングを実施する機関から請求された、当該被害に起因して負担が発生した医療費又はカウンセリング費用のうち、次に定める費用とする。

なお、上記産婦人科等と共通する項目については、その範囲等は、上記「【産婦人科等】」に準ずる。

- (1) 初診料・再診料
- (2) 精神療法料
- (3) 検査費用
- (4) 処置費用（初診時の処置に限る）
- (5) 診断書料
- (6) (1)から(5)を実施するために必要となる薬品及び治療材料等の費用

上記の実施のために医療機関が発行した処方箋料及び、調剤薬局が当該処方箋に基づき処方した薬品や治療材料等の費用を含む。

(7) カウンセリング費用

本事業でカウンセリング費用を助成する場合、次のいずれにも該当するものであること。

ア 受託者が、原則として、医療機関に「アイリス受診前情報提供書（様式3-1）」により情報提供を行うこと。

イ カウンセリングは、アに基づき被害者等の診察を行った医師（当該医師の紹介により主治医が変更となった場合は変更後の主治医）の指示によるものであること。

ウ カウンセリングは、公認心理士又は臨床心理士等の心理カウンセラー（公認心理士法において公認心理士に課せられた義務等と同等の体制で実施することが確認できる場合に限る。）により行われていること。

2 上記1により被害者等が医療機関等を受診した場合、被害者等が医療機関等に上記1に係る費用を支払い、受託者は被害者等の申請に基づきその費用の額を被害者等へ支払うこと。ただし、被害者等が当該費用を支払うことができない特段の事情があると認められる場合、受託者は医療機関等の請求に基づきその費用を支払うことができる。

3 被害者等が第2による確認よりも前に医療機関を受診し、上記1に係る費用を支払った場合は、支援の対象外とすること。ただし、特段の事情があると認められる場合はこの限りではない。

4 被害者等一人（一事件）当たりの助成額、支援期間を次のとおり定める。

助成額は、10万円を限度とし、支援の対象となる期間は、相談を受理した日から3年以内とする。

5 上記2及び3の「特段の事情」の有無の判断にあたっては、受託者は個別に県と協議のうえで決定するものとする。

第4 法律相談支援

- 1 助成範囲は、刑事、民事、行政手続きを問わず、性犯罪被害者等支援に精通した弁護士による法律相談の費用とすること。
- 2 助成対象者から法律相談の要望があったとき、受託者は、性犯罪被害者支援に精通した弁護士宛てに、アイリス法律相談依頼書（様式4-1）を送付し、担当弁護士の紹介を依頼すること。
- 3 受託者は、被害者等が弁護士による法律相談を行う際、必要に応じて、付添いや同席の支援を実施すること。
- 4 受託者は、被害者等が面接相談室での法律相談を希望する場合、又はオンライン（Zoom）による法律相談を希望する場合、その調整を行うこと。
- 5 上記1に係る費用の支払いは、相談担当弁護士からの請求に基づき受託者が直接支払うこと。
- 6 被害者等一人（一事件）当たりの助成額を次のとおり定める。
助成額は、1万円（消費税が課税される場合は、その額を上乗せした額。）を限度とする。

第5 その他

1 様式等

公費負担に係る様式を次のとおり定める。

共通	アイリス助成対象確認書（様式1）
医療費支援 【産婦人科等】	アイリス医療費等請求書（医療機関用）（様式2-1）
	アイリス医療費等申請・請求書（本人用）（様式2-2）
医療費支援 【精神科】	アイリス受診前情報提供書（様式3-1）
	アイリス医療費等請求書（医療機関用）（様式3-2）
	アイリス医療費等申請・請求書（本人用）（様式3-3）
法律相談支援	アイリス法律相談依頼書（様式4-1）
	アイリス法律相談費用請求書兼結果報告書（様式4-2）

2 助成額の返還

本事業により助成した費用について、被害者等が第1の1に該当しないことが判明したとき、又は第1の2に該当することが判明したときは、助成対象者に支払った費用の全部又は一部を返還させるものとする。

3 留意事項

本事業において助成対象となる費用のうち、受託者独自の経済的支援金と重複する場合には本事業の利用を優先するものとし、これによらない場合は、県に対して情報提供を行うものとする。

アイリス助成対象確認書

アイリス受理番号	ふりがな 氏名	生年月日	区分
		年 月 日 (歳)	被害者本人・家族・遺族

1 被害の状況 (第1の1関係)		アイリス相談年月日: 年 月 日
被害年月日時	年 月 日 時 分 ころ	
被害場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()	
加害者との関係		
被害状況等 ※ 被害状況等は必要に応じて別紙を追加することも可		

以上は下記の被害 に該当する。 に相当する性暴力である。 のいずれにも該当しない。

- 強盗・不同意性交等罪及び同致死罪 (刑法第241条。未遂を含む。)
- 不同意性交等罪 (刑法第177条。未遂を含む。)
- 不同意わいせつ罪 (刑法第176条。未遂を含む。)
- 監護者わいせつ罪及び監護者性交等罪 (刑法第179条。未遂を含む。)
- 不同意わいせつ等致死傷罪 (刑法第181条)
- 16歳未満の者に対する面会要求罪 (刑法第182条)
- AV出演被害防止・救済法において処罰の対象となる行為
- その他、被害者の意に反する淫行、性的羞恥心を害する行為、卑わいな言動等の性的な行為に起因して、法律または都道府県の条例において処罰の対象となる行為

2 助成対象外となる事由の状況 (第1の2関係) 下記のいずれにも該当しない

一部 当該対象助成	<input type="checkbox"/> 加害者との間に婚姻・内縁等の密接な関係があると認められる (被害時又は被害を契機に当該関係が破綻したと認められる場合等を除く) <input type="checkbox"/> 集団的又は常習的に暴力的不法行為を行う組織又は集団に属している <input type="checkbox"/> 被害者の責めに帰すべき重大な理由があるとき又は虚偽申告の疑いがある <input type="checkbox"/> 加害者若しくはその関係者から費用の支払いを受け、又は加害者若しくはその関係者と本事業における公費助成の利用を前提として費用の支払いを受けないことについてあらかじめ合意したうえで公費助成を申請したと認められる <input type="checkbox"/> その他加害者若しくはその関係者の経済的負担の軽減等、これらの者を利する目的で公費助成を申請したと認められる <input type="checkbox"/> その他社会通念上、公費助成が不適切と認められる <input type="checkbox"/> 被害者に対する加害行為があった日に、その加害行為に対する刑罰法令が施行されていないとき	【詳細】
	<input type="checkbox"/> 「都道府県警察による医療費及びカウンセリング費用の公費負担制度」適用あり <input type="checkbox"/> 公的機関その他の機関・団体による助成により自己負担なし	

記入年月日: 年 月 日 担当者 (相談員) 氏名

性暴力等犯罪被害者支援業務委託に係る医療費及び法律相談公費負担事業ガイドライン第2の1に基づき、助成対象について確認したうえで、下記のとおり決定する。

確認・決定年月日 年 月 日 決定者 (管理者)

- 助成対象とする。
- 一部 (医療費助成 (産婦人科等 精神科) 法律相談) を助成対象とする。

助成範囲詳細:

- 助成対象外とする。

理由: 第1の1非該当 第1の2該当 その他 ()

要県協議 県意見 同意 要対応 () 年 月 日 回答者 ()

アイリス医療費等請求書 (医療機関用)

年 月 日

受託者

代表者職・氏名： 様

医療機関名：

代表者職・氏名：

連絡先電話番号：

事務担当者名：

アイリス医療費等公費負担事業に係る医療費を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

<内訳>

(円)

初診料	検査費用	処置費用	緊急避妊 措置料	人工妊娠 中絶費用	薬品 治療材料費	診断書料 <small>※診療情報提供書料含む</small>

2 患者氏名等 氏名 _____ 生年月日 _____

3 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4 受傷の状況、処置の概要 別添のとおり

--

5 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合	本・支店
口座番号	普通・当座 番号 (_____)	
(フリガナ) 名義人	(_____)	

※ 事務局記入欄

付添い人氏名 _____ アイリス受理番号 _____

助成決定額 _____ 円

過去決定額 _____ 円

累 計 _____ 円

アイリス医療費等申請・請求書（本人用）

年 月 日

受託者

代表者職・氏名： 様

請求者氏名：

連絡先：(住所)

(電話)

アイリス医療費等公費負担事業に係る医療費を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

<内訳>

(円)

初診料	検査費用	処置費用	緊急避妊 措置料	人工妊娠 中絶費用	薬品 治療材料費	診断書料 <small>※診療情報提供書料含む</small>

2 受診者 氏名 _____ 生年月日 年 月 日

3 受診した医療機関名 _____

4 受診日 _____ 年 月 日

5 振込先

(1) 受診者との関係 本人 親権者 その他（受診者との関係： _____）

(2) 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合	本・支店
口座番号	普通・当座 番号（ _____ ）	
(フリガナ) 口座名義	（ _____ ）	

(注意)

- 受診した医療機関が発行した領収証等、支払額が確認できる書類を添付してください。
- 本申請が県の定める公費負担の助成対象に該当しない場合は申請することができません。また、受領後に該当しないことが判明した場合は返還を求めることとなります。

※ 事務局記入欄

アイリス受理番号 _____

付添い人氏名 _____

医療機関からの聴取事項

助成決定額 _____ 円

本人申出との相違が（ある・ない）。

既決定額 _____ 円

その他 [_____]

累 計 _____ 円

医療機関名称

代表者職・氏名： 様

受託者代表者氏名：

(担当者(相談員)氏名：)

アイリス受診前情報提供書

アイリスへ相談のあった被害について、受診の申し出がありましたので、下記のとおり情報提供いたします。

依頼年月日	年 月 日	アイリス受理番号	
被害者	性 別 (男 ・ 女)	年 齢 (歳)
被害の概要	被害に遭った日	年 月 日 (曜日) 時 分ごろ	
	被害の場所		
	被害の状況		
	受傷の状況		
	加害者との関係	<input type="checkbox"/> 他人 <input type="checkbox"/> 家族、親族(続柄) <input type="checkbox"/> 内縁関係 <input type="checkbox"/> その他 ()	
診察時に聞きたい事	<p>1 現在、どんなことで悩んでいるか</p> <p>2 いつ頃から始まったのか</p> <hr/> <input type="checkbox"/> 上記を踏まえて治療にむけて配慮が必要な事項(患者・家族・支援者等) <input type="checkbox"/> カウンセリング利用の可否の確認 ※ 利用が可能な場合は、利用にあたっての注意事項(ある場合)		

アイリス医療費等請求書 (医療機関用)

年 月 日

受託者

代表者職・氏名： 様

医療機関名：

代表者職・氏名：

連絡先電話番号：

事務担当者名：

アイリス医療費等公費負担事業に係る医療費を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 _____ 円

<内訳> 年 月利用分 (円)

初診料 再診料	精神療法料	検査費用	処置費用 (初診時)	診断書料 <small>※診療情報提供料含む</small>	薬品 治療材料費	カウンセリング料

2 患者氏名等 氏名 _____ 生年月日 _____

3 受診日 _____

4 受診・利用の概要 別添のとおり (利用明細等)

--

5 アイリスの支援にあたり配慮を要する事項 (カウンセリング含む) ※ (医学的) 助言がある場合

--

6 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合	本・支店
口座番号	普通・当座 番号 ()	
(フリガナ) 名義人	()	

※ 事務局記入欄

付添い人氏名 _____ アイリス受理番号 _____

助成決定額 _____ 円

過去決定額 _____ 円

累 計 _____ 円

アイリス医療費等申請・請求書（本人用）

年 月 日

受託者

代表者職・氏名： 様

請求者氏名：

連絡先：(住所)

(電話)

アイリス医療費等公費負担事業に係る医療費を下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 円
<内訳> 年 月利用分 (円)

初診料 再診料	精神療法料	検査費用	処置費用 (初診時)	診断書料 <small>※診療情報提供料含む</small>	薬品 治療材料費	カウンセリング料

2 受診者 氏名 生年月日 年 月 日

3 受診した医療機関名

4 受診日 年 月 日

5 振込先

(1) 受診者との関係 本人 親権者 その他(受診者との関係：)

(2) 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合	本・支店
口座番号	普通・当座 番号 ()	
(フリガナ) 口座名義	()	

(注意)

- 受診した医療機関が発行した領収証等、支払額が確認できる書類を添付してください。
- 本申請が県の定める公費負担の助成対象に該当しない場合は申請することができません。また、受領後に該当しないことが判明した場合は返還を求めることとなります。

※ 事務局記入欄

アイリス受理番号

付添い人氏名

医療機関からの聴取事項

助成決定額 円

本人申出との相違が (ある・ない)。

既決定額 円

その他 ()

累 計 円

年 月 日

弁護士： _____ 様

受託者代表者： _____

アイリス法律相談依頼書

事務担当者氏名		アイリス受理番号		
被害の概要	被害年月日	年 月 日 (曜日) 時 分ごろ		
	被害場所			
	被害の状況	被害の届出：(有・無) 届出先警察署： _____ 警察署		
	受傷の状況			
	加害者	性別・年齢 職業・住所地等		
		被害者との関係		
		逮捕罪名・逮捕日 勾留期限等		
係属裁判所・公判日				
加害者弁護士・事務所				
相談者	被害者本人・家族、親族(続柄 _____)・その他(_____)			
被害者	性別：(男 ・ 女) 年齢：(_____ 歳)			
相談種別	<input type="checkbox"/> 刑事 <input type="checkbox"/> 民事 <input type="checkbox"/> 行政手続 <input type="checkbox"/> AV出演被害防止・救済法関係 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
相談の概要	同行者：(有・無) 同行者氏名： _____ 被害者との関係： _____			
相談に関する希望	<input type="checkbox"/> 女性弁護士を希望 <input type="checkbox"/> 希望場所 <input type="checkbox"/> その他(_____)			
相談者の最寄駅	路線名 _____ 駅名 _____			
その他	電車外出困難(有・無) 生活保護受給(有・無) 犯罪被害者法律援助の利用希望(有・無)			

依頼のありました相談を担当します。

年 月 日

弁護士： _____

アイリス法律相談費用請求書兼結果報告書

年 月 日

受託者

代表者職・氏名： _____ 様

弁護士氏名： _____

アイリス法律相談等公費負担事業に係る法律相談を行いましたので、下記のとおり請求します。

記

1 請求金額 金 _____ 円 (内、消費税 _____ 円)

2 法律相談実施結果

弁護士名		アイリス受理番号	
相談実施日	年 月 日	時 分～	時 分
相談場所	<input type="checkbox"/> アイリス <input type="checkbox"/> 相談担当弁護士事務所 (<input type="checkbox"/> 面接 <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> Zoom) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
相談内容	<input type="checkbox"/> 刑事 <input type="checkbox"/> 民事 <input type="checkbox"/> 行政手続 <input type="checkbox"/> AV出演被害防止・救済法関係 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
相談結果	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 受任 <input type="checkbox"/> 他機関紹介 (紹介先 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
特記事項			

3 振込先

金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合	本・支店
口座番号	普通・当座	番号 (_____)
(フリガナ) 名義人	(_____)	

事務局記入欄

付添い人氏名 _____

助成決定額 _____ 円

既決定額 _____ 円

累 計 _____ 円