



日本司法支援センター 犯罪被害者等法律援助

援助申込書

No.

202601

【機2】

※ 援助申込書は、法律相談を実施していない場合でも、2枚目の法律相談票と併せて提出してください。

この欄の署名は、相談実施後に記入してください。法律相談実施前に記入することは禁止されております。

※(法律相談担当者の方へ)相談実施日から1か月以内に必ず提出してください。

相談実施日時	左記の日に法律相談を受けました。	<input type="checkbox"/> 電話等による法律相談援助を実施したため、申込者の署名を省略する。 (※上記を除き、署名がない場合は、必ず理由書を添付してください。)
年 月 日 時 分 ~ 時 分	申込者 (自署)	

<個人情報の利用目的について> ご提供いただいた個人情報は、申込者ご本人の同意を得ている場合や法令に基づく場合等を除き、法テラス業務の目的の範囲内で利用します。個人情報 は、業務の処理上、法テラスが選定した協力会社に預託する場合があるほか、事件を担当する予定の弁護士に提供し、共有します。なお、ご提出いただいた援助申込書は返却できません。

過去に法テラスの相談や援助を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> 有
----------------------------	----------------------------

● 援助申込

申込日	年 月 日	せいねん 生年	年 月 日			
フリガナ			ねんれい 年齢	さい 歳	せいべつ 性別	おとこ 男 ・ おんな 女
しめい 氏名 (自署)						
げんじゅうしょ 現住所	〒 - 都道 市区 府県 町村					
でんわ ばんごう 電話番号	( じたく 自宅 )		( けいたい 携帯 )			
ひがいしや 被害者氏名	<input type="checkbox"/> 申込者と同じ		被害者との 関係 配偶者 ・ 父母(祖父母) ・ 子(孫) ・ きょうだい ・ その他( )			

※被害者が申込者と同じ場合は記入不要です。

● 希望連絡先 ※ 現住所への郵送・電話連絡が差し支える場合のみ記入

連絡先	<input type="checkbox"/> 弁護士 <input type="checkbox"/> その他( )
〒 - 都道 市区 府県 町村	様方 TEL [ ]

● 事件の内容

フリガナ		代理人 (弁護士)	<input type="checkbox"/> 代理人なし・不明
加害者氏名			<input type="checkbox"/> 弁護士名( )
加害者住所	(市区町村まで記入) <input type="checkbox"/> 不明	被害日	年 月 日

\* 代理援助を利用する場合は、「資力申告書」もあわせてご提出ください。  
\* 配偶者は法律上の婚姻関係にある方のみ記載ください。  
\* 配偶者が加害者である場合など、配偶者の資力を加算することが相当でない場合は、加算しないことができます。  
\* 申込者が未成年の場合は、法定代理人全員の資力について記載してください。(法定代理人の資力を加算することが相当でない場合を除く)

● 申込者・配偶者の申込時に有する現金・預貯金等

申込者と配偶者の合計額	
① 現金・預貯金・有価証券等の額 * ①が300万円以下の方は、②③の記入は不要です。	万円
② 本件被害により生じた負傷又は疾病の療養に要する費用その他本件被害を原因として、本援助申込日から1年以内に支出することとなると認められる費用	万円
③ 犯罪被害者等給付金や国又は地方公共団体から支給を受けた遺族見舞金、重傷病見舞金その他これらに類する給付金(申込みの原因となった犯罪行為に起因したものに限る。)	万円
(①の額) - (②+③の額)	万円

○ 法テラスや犯罪被害者等法律援助のことを、どのようにしてお知りになりましたか。

<input type="checkbox"/> 地方公共団体	<input type="checkbox"/> 弁護士(会)	<input type="checkbox"/> 司法書士(会)	<input type="checkbox"/> 被害者支援センター
<input type="checkbox"/> 配偶者暴力相談支援センター(女性相談所等)	<input type="checkbox"/> ワンストップ支援センター(性暴力被害支援センター等)	<input type="checkbox"/> 民間支援団体	
<input type="checkbox"/> 裁判所	<input type="checkbox"/> 警察・検察庁	<input type="checkbox"/> 児童相談所	<input type="checkbox"/> 家族・友人・知人の紹介
<input type="checkbox"/> テレビ・新聞・ラジオ・動画CM	<input type="checkbox"/> 法テラスパンフレット・ポスター・広報誌等	<input type="checkbox"/> 児童虐待ポスター・ポケットカード	
<input type="checkbox"/> 法テラス公式ホームページ	<input type="checkbox"/> 再利用	<input type="checkbox"/> その他( )	

申込者氏名



法律相談票

☐ 法律相談費は請求せず、代理援助のみ申し込みます。（弁護士名と措置区分をご記入いただき、審査に必要な書類と一緒に提出してください。）

弁護士名	登録番号 ( )	相談日時 年 月 日 時 分 ~ 時 分
罪名 (未遂を含む)	<input type="checkbox"/> 所属する弁護士会で定められた研修を受講していない (故意の犯罪行為により人を死亡させた罪) <input type="checkbox"/> 殺人( <input type="checkbox"/> 未遂) <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 危険運転致死 <input type="checkbox"/> その他( ) (刑法第一百七十六条、第一百七十七条若しくは第一百七十九条の罪又はその犯罪行為にこれらの罪の犯罪行為を含む罪) <input type="checkbox"/> 不同意性交等( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> 不同意わいせつ ( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> その他(以下に記入) <input type="checkbox"/> 監護者性交等( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> 監護者わいせつ ( <input type="checkbox"/> 未遂 ) ( ) (故意の犯罪行為により人を負傷させた罪) <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> その他( ) / <input type="checkbox"/> 治療に要する期間( か月) <input type="checkbox"/> 後遺障害( 級) ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神) ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神)	
被害にあった場所	(市区町村まで記入) 都道府県 市区町村	
管轄	*「左記以外」を選択した場合は、必要性が認められない限り相談費の支給はできません。 <input type="checkbox"/> 被害地 <input type="checkbox"/> 被害者または加害者の住所・居所 <input type="checkbox"/> 左記以外 (相談概要に必要性について記載ください。)	
相談方法	<input type="checkbox"/> 面談相談 <input type="checkbox"/> 電話等相談	
相談場所	<input type="checkbox"/> 契約弁護士の事務所 <input type="checkbox"/> その他(以下に記入) 住所又は施設名	
出張手当	<input type="checkbox"/> 出張手当を請求します。 * 弁護士事務所から相談実施場所まで通常経路で往復60分以上を要することが認められた場合に出張手当が支払われます。	
通訳費用	* 法律相談実施前に「通訳サービス実施申請書【様式2-3】」、実施後に「通訳サービス実施報告書【様式2-4】」の提出が必要です。	
相談概要	<input type="checkbox"/> 審査回付(代理援助申込)のため、相談概要は事件調書のとおり。	
指示及び指導要旨		
措置区分 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 相談打ち切(今回限り) <input type="checkbox"/> 審査回付(代理援助申込) <input type="checkbox"/> その他援助制度申込予定 ( <input type="checkbox"/> 民事法律扶助 <input type="checkbox"/> 日弁連委託援助 <input type="checkbox"/> 国選被害者参加弁護士制度 ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 他機関紹介 ( <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 弁護士会 <input type="checkbox"/> 地方公共団体( ) <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 配偶者暴力相談支援センター等 <input type="checkbox"/> ワンストップ支援センター等 <input type="checkbox"/> 民間支援団体( ) <input type="checkbox"/> その他( ) )	



援助申込書

電話等相談の場合はこちらに✓をいれてください。

※ 援助申込書は、法律相談を実施していない場合でも、2枚目の

この欄の署名は、相談実施後に記入してください。法律相談実施前		相談実施後に自署をもらってください。	
※(法律相談担当者の方へ)相談実施日から1か月以内に			
相談実施日時		左記の日に法律相談を受けました。	
年 月 日 時 分 ~ 時 分		申込者 (自署)	

電話等による法律相談援助を実施したため、申込者の署名を省略する。(※上記を除き、署名がない場合は、必ず理由書を添付してください。)

<個人情報の利用目的について> ご提供いただいた個人情報は、申込者ご本人の同意を得ている場合や法令に基づく場合等を除き、法テラス業務の目的の範囲内で利用します。個人情報、業務の処理上、法テラスが選定した協力会社に預託する場合があるほか、事件を担当する予定の弁護士に提供し、共有します。なお、ご提出いただいた援助申込書は返却できません。

申込者に自署をいただく必要があります。	か。	<input type="checkbox"/> 有
---------------------	----	----------------------------

● 援助申込	電話等相談の場合は弁護士において代筆してください。	
もうしこみび	年 月 日	せいねん 生年
フリガナ		がつ 月 日
しめい 氏名 (自署)		ねんれい 年齢
		さい 歳
		せいべつ 性別
		おとこ 男 ・ おんな 女
げんじゅうしょ 現住所	〒 都 道 府 県 市 区 町 村	
でんわ ばんごう 電話番号	( じたく 自宅 )	( けいたい 携帯 )
ひがいにしや 被害者氏名	被害者との関係	
<input type="checkbox"/> 申込者と同じ	配偶者 ・ 父母(祖父母) ・ 子(孫) ・ きょうだい ・ その他( )	

※被害者が申込者と同じ場合は記入不要です。

● 希望連絡先 ※ 現住所への郵送・電話連絡が望み支える場合のみ記入

連絡先	<input type="checkbox"/> 弁護士	( )
〒	被害者と申込者が異なる場合は忘れずに記載してください。	
府県	町村	様方
TEL [ ]		

● 事件の内容

フリガナ	被害日を記載してください。	
加害者氏名	令和8年1月13日以降の被害が対象となります。	
加害者住所	(市区町村まで記入) <input type="checkbox"/> 不明	被害日
		年 月 日

\* 代理援助を利用する場合は、「資力申告書」もあわせて提出ください。  
\* 配偶者は法律上の婚姻関係にある方のみ記載ください。  
\* 配偶者が加害者である場合など、配偶者の資力を加算することが相当でない場合は、加算しないことができます。  
\* 申込者が未成年の場合は、法定代理人全員の資力について記載してください。(法定代理人の資力を加算することが相当でない場合を除く)

● 申込者・配偶者の法律相談時に有する現金・預貯金等

① 現金・預貯金・有価証券等の額 * ①が300万円以下の方は、②③の記入は不要です。		申込者と配偶者の合計額
② 本件被害により生じた負傷又は疾病の療養に要する費用その他本件被害を原因として、本援助申込日から1年以内に支出することとなると認められる費用		万円
③ 犯罪被害者等給付金や国又は地方公共団体から受領した給付金 (申込みの原因となった犯罪行為に起因したものに限る。)		万円
(①の額) - (②+③の額)		万円

○ 法テラスや犯罪被害者等法律援助の

<input type="checkbox"/> 地方公共団体	申込者と配偶者の合計額を記載してください。	被害者支援センター
<input type="checkbox"/> 配偶者暴力相談支援センター	配偶者の資力を加算することが相当でない場合は、法律相談票または事情聴取書に理由を記載してください。	害支援センター等) <input type="checkbox"/> 民間支援団体
<input type="checkbox"/> 裁判所		<input type="checkbox"/> 家族・友人・知人の紹介
<input type="checkbox"/> テレビ・新聞・ラジオ・動画CM	<input type="checkbox"/> 言察・検察庁 <input type="checkbox"/> 児童相談所	<input type="checkbox"/> 児童虐待ポスター・ポケットカード
<input type="checkbox"/> 法テラスパンフレット・ポスター・広報誌等		
<input type="checkbox"/> 法テラス公式ホームページ <input type="checkbox"/> 再利用 <input type="checkbox"/> その他( )		

申込者氏名

## 法律相談票

☐ 法律相談費は請求せず、代理援助のみ申し込みます。(弁護士名と措置区分をご記入いただき、審査に必要な書類と一緒に提出してください。)

弁護士名	登録番号	相談日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分
<input type="checkbox"/> 所属する弁護士会で定められた研修を受講していない			
被害者( ) <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 危険運転致死( ) (未遂を含む) <input type="checkbox"/> 不同意性交等( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> 不同意わいせつ( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> その他(以下に記入) <input type="checkbox"/> 監護者性交等( <input type="checkbox"/> 未遂 ) <input type="checkbox"/> 監護者わいせつ( <input type="checkbox"/> 未遂 ) ( ) (故意の犯罪行為により人を負傷させた罪) <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> その他( ) <input checked="" type="checkbox"/> 治療に要する期間( か月) <input type="checkbox"/> 後遺障害( 級) ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神 ) ( <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神 )			
被害にあった場所	(市区町村まで記入) 都道府県		
管轄	* 左記以外を選択した場合は、必要性が認められない限り相談費の支給はできません。 <input type="checkbox"/> 被害地 <input type="checkbox"/> 被害者または加害者の住所・居所		
相談方法	<input type="checkbox"/> 面談相談 <input type="checkbox"/> 電話等相談		
相談場所	<input type="checkbox"/> 契約弁護士 住所又は施設名		
出張手当	<input type="checkbox"/> 出張手当を請求します。 * 弁護士事務所から相談実施場所まで通常経路で往復60分以上を要することが認められた場合に出張手当が支払われます。		
通訳費用	* 法律相談実施前に「通訳サービス実施申請書【様式2-3】」、実施後に「通訳サービス実施報告書【様式2-4】」の提出が必要です。		
相談概要	<input type="checkbox"/> 審査回付(代理援助申込)のため、相談概要は事件調書のとおり。 代理援助を申込み場合で、事件調書を作成された場合はこちらに✓いれることで相談概要の記載を省略することができます。		
指示及び指導要旨	事件調書を作成した場合以外は、必ず「相談概要」・「指示及び指導用紙」を客観的な事実経過がわかるように記入してください。		
措置区分(複数選択可)	<input type="checkbox"/> 相談のみで終了 <input type="checkbox"/> 相談継続 <input type="checkbox"/> 相談打ち(今回限り) <input type="checkbox"/> 審査回付(代理援助申込) <input type="checkbox"/> その他援助制度申込予定 ( <input type="checkbox"/> 民事法律扶助 <input type="checkbox"/> 日弁連委託援助 <input type="checkbox"/> 国選被害者参加弁護士制度 ) <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 他機関紹介 ( <input type="checkbox"/> 警察 <input type="checkbox"/> 弁護士会 <input type="checkbox"/> 地方公共団体( ) <input type="checkbox"/> 児童相談所 <input type="checkbox"/> 配偶者暴力相談支援センター等 <input type="checkbox"/> ワンストップ支援センター等 <input type="checkbox"/> 民間支援団体( ) <input type="checkbox"/> その他( )		