

(第1号様式)

大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等利用申請書

年 月 日

(申請先) 大阪市長

申請者 住所 _____

ふりがな
氏名 _____

電話 _____

被害者との続柄 _____

「大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等実施要綱」の規定を順守し、また裏面同意に承諾のうえ、必要書類を添えて次のとおり大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等の利用を申請します。

助成内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 法律相談
対象要件	<input type="checkbox"/> 死亡（交通事故、過失を含む） <input type="checkbox"/> 全治1か月以上の傷害又は疾病 <input type="checkbox"/> 逮捕、監禁 <input type="checkbox"/> 略取、誘拐 <input type="checkbox"/> 不同意性交等（未遂含む） <input type="checkbox"/> 不同意わいせつ <input type="checkbox"/> 全治3か月以上の交通事故、過失犯罪

利用内容等

利用項目		申請内容
ホームヘルプサービス	必要な理由
	利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	利用予定時間	時間（1回当たり 時間まで）
	実施対象者（派遣先）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外(住所).....(氏名).....(申請者との続柄).....

配食サービス	必要な理由
	利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	利用予定日数	日（1日当たり 食まで）
	実施対象者 (配達先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者含む計 名） <input type="checkbox"/> 申請者以外 (住所) (氏名) (計 名) (申請者との続柄)
法律相談	必要な理由
	利用希望回数	回
	実施対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外 (住所) (氏名) (申請者との続柄)

申請事項に係る調査等への同意

- * 私は、大阪市暴力団排除条例（平成 23 年 3 月大阪市条例第 10 号）第 2 条第 1 項第 2 号に規定する暴力団員でないことを、警察当局へ照会することについて同意します。
- * 私は、日常生活支援にかかる申請内容に虚偽がないことを認め、また本要綱を遵守し、支援の実施後に虚偽その他不正な手段による申請であったと市長が認めた場合には、支援の実施にかかった費用を市に返還することに同意します。

(第2号様式)

犯罪被害に関する申立書

年 月 日

(申請先) 大阪市長

被害の概要

被害届の提出 または事故の届出	有 ・ 無	被害届提出日 または事故の届出日	年 月 日
罪 種		届出警察署	警察署
被害者の氏名	ふりがな 氏 名		
生年月日	(年 月 日生まれ)		
被害届の受理番号等 ※わかる方は記入		被害年月日:	年 月 日
住所 (被害時)	大阪市		
被害場所			
被害者及び申請者について	<input type="checkbox"/> 被害者及び申請者は、犯罪を誘発するような行為その他、責めに帰すべき行為は行っていません。		
車両乗車中に交通事故被害を受けた場合の被害者及び申請者の運転について	事故時に乗車中の車両について <input type="checkbox"/> 飲酒運転ではありません。 <input type="checkbox"/> 無免許運転ではありません。 <input type="checkbox"/> 違法薬物等を使用後の運転ではありません。		

私は、上記の申立て内容について、警察当局へ確認を行うこと及び必要に応じて警察または検察当局に事件の処理状況（送検の確認または処分の状況等）を確認することについて、同意いたします。

ふりがな
氏 名 _____

住 所 _____

電話番号 _____

被害者との続柄 _____

(第3号様式)

大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等審査結果通知書

大市民第 号
年 月 日

様

大阪市長

印

年 月 日付で申請のありました、大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等の利用につきましては、次のとおり決定しましたので、通知します。

- 1 ホームヘルプサービス 配食サービス 法律相談 について、次のとおり実施します。

利用項目	利用期間等		
ホームヘルプサービス	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	利用上限時間	時間（1回当たり 時間まで）	
配食サービス	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	利用上限日数	日（1日当たり 食まで）	
法律相談	利用上限回数	回 ※利用期限は 年 月 日まで	

※各利用項目において、利用期間又は、利用上限時間・利用上限日数・利用上限回数・利用期限のいずれかに達した時点で支援が終了となります。

- 2 ホームヘルプサービス 配食サービス 法律相談 について、実施しません。

実施しない理由：

(第4号様式)

大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等利用変更申請書

年 月 日

(申請先) 大阪市長

申請者 住所 _____

ふりがな
氏名 _____

電話 _____

被害者との続柄 _____

次のとおり、大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等の利用内容の } 変更
中止を申請します。

変更する 助成内容	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> 配食サービス <input type="checkbox"/> 法律相談
--------------	---

変更内容

利用項目	変更後の内容
ホームヘルプ サービス	変更する理由
	利用予定期間 年 月 日から 年 月 日まで
	利用予定時間 時間 (1回当たり 時間まで)
	実施対象者 (派遣先) <input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外(住所).....(氏名).....(申請者との続柄).....

配食サービス	変更する理由
	利用予定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	利用予定日数	日（1日当たり 食まで）
	実施対象者 （配達先）	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ（申請者含む計 名） <input type="checkbox"/> 申請者以外 （住所）..... （氏名）.....（計 名） （申請者との続柄）.....
法律相談	変更する理由
	利用期限	年 月 日まで
	利用希望回数	回
	実施対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外 （住所）..... （氏名）..... （申請者との続柄）.....

※利用を中止する場合は、利用期間を利用変更申請日までとしてください。

(第5号様式)

大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等利用変更決定通知書

大市民第 号
年 月 日

様

大阪市長

印

年 月 日付で申請のありました、大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等の利用内容の変更につきましては、次のとおり決定しましたので、通知します。

- 1 (1) ホームヘルプサービス 配食サービス 法律相談 について、
次のとおり変更します。

利用項目		変更後の内容
ホームヘルプ サービス	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
	利用上限時間	時間 (1回当たり 時間まで)
	実施対象者 (派遣先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 申請者以外 (住所) (氏名).....
配食サービス	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
	利用上限日数	日 (1日当たり 食まで)
	実施対象者 (配達先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ (申請者含む計 名) <input type="checkbox"/> 申請者以外 (住所) (氏名)..... (計 名).....

法律相談	利用上限回数	回
	実施対象者	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ
		<input type="checkbox"/> 申請者以外 (住所) (氏名)

1 (2) ホームヘルプサービス 配食サービス 法律相談 について、
変更しません。

変更しない理由：

2 ホームヘルプサービス 配食サービス 法律相談 について、

中止します。

(第6号様式)

大市民第 号
年 月 日

様

大阪市長

印

大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等利用決定取消通知書

年 月 日付け大市民第 号にて利用決定した大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等については、次のとおり利用決定を取り消したので、大阪市犯罪被害者等日常生活支援事業等実施要綱第17条第3項の規定により通知します。

1 取消しの内容

2 取消しの理由