

○ 犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担要領の一部改正について  
(通達)

令和3年3月19日付け県相甲達第4号、  
会甲達第10号、人少甲達第16号  
生捜甲達第5号、刑企甲達第33号、  
捜一達第38号、交企甲達第24号、  
交指甲達第22号  
石川県警察本部長から部課署長あて

対号 平成30年3月19日付け県相甲達第8号、会甲達第3号、刑企甲達第42号、捜一甲達第7号、交企甲達第34号、交指甲達第21号「犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担要領の制定について(通達)」

犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担制度については、対号に基づき実施しているところであるが、この度、別添のとおり、犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担要領を一部改正したので、事務処理上遺漏のないようにされたい。

## 別添

### 犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担実施要領

#### 1 目的

この要領は、犯罪被害者、犯罪被害者の家族又は遺族（以下「被害者等」という。）のカウンセリング等の費用を公費で負担することについて必要な事項を定め、もって、被害者等の精神的、経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

#### 2 支援対象者

次に定める事由による被害者等であって、当該被害に起因する精神的被害の回復のためにカウンセリング等を必要とする者

- (1) 殺人罪（刑法（明治40年法律第45号）第199条の罪）
- (2) 強盗致死罪（刑法第240条の罪）
- (3) 強盗・強制性交等罪及び強盗・強制性交等致死罪（刑法第241条の罪）
- (4) 強制性交等罪（刑法第177条の罪）
- (5) 強制わいせつ罪（刑法第176条の罪）
- (6) 準強制わいせつ罪及び準強制性交等罪（刑法第178条の罪）
- (7) 監護者わいせつ罪及び監護者性交等罪（刑法第179条の罪）
- (8) 強制わいせつ等致死傷罪（刑法第181条の罪）
- (9) 傷害致死罪（刑法第205条の罪）
- (10) 交通死亡事故
- (11) その他警察署長が警務部県民支援相談課長（以下「県民支援相談課長」という。）と協議の上、公費で負担することが必要と認めたもの

#### 3 対象経費

精神科医等の医師、公認心理師等が、対象者の精神的被害の回復に効果があると認めたカウンセリング等に要する経費（初・再診料、心理療法料、検査料、投薬料を含み、入院費及び診断書料を除く。）ただし、初診日から3年以内に実施したカウンセリング等で、対象者一人当たり6回分までとする。

#### 4 申請期限

対象事由の発生から2年以内とする。ただし、警察が対象事由をその発生から2年以上経過後に認知した場合は、支援対象者が当該被害を認知した日から2年以内とする。

#### 5 適用除外事由

公費で負担することが社会通念上適切でないときと認められるときは、これを行わ

ないものとする。

## 6 支出手続

- (1) 警察署長は、支援対象者を認知し、支援対象者が医療機関等の受診を希望するなど対象経費を公費負担する必要があると判断した場合は、別記様式「犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担申請書」により、県民支援相談課長を経由して警察本部長に申請するものとする。
- (2) 県民支援相談課長は、前記(1)の申請を受けた場合、必要により警察本部事件主管課長と公費負担の要否について協議するものとする。
- (3) 警察署長は、上記の協議の結果、公費負担制度を適用する場合、医療機関の医師等に対して、この制度の趣旨等を説明し、理解を得るものとする。

## 7 運用上の留意事項

- (1) 支援対象者が少年の場合には、特段の事情がある場合を除き、保護者等に対しても、この制度の趣旨等を説明し、理解を得るものとする。
- (2) この制度の運用に当たって、疑義が生じた場合は、県民支援相談課長と協議するものとする。

### 附 則

この要領は、平成30年3月19日から施行する。

### 附 則

この要領は、令和3年3月19日から施行する。

別記様式

年 月 日

石川県警察本部長 殿

警察署長

犯罪被害者等のカウンセリング等費用に係る公費負担申請書

事件名 (罪名)	
発生年月日	年 月 日
認知年月日	年 月 日
発生場所	
被害者 ( <small>ふりがな</small> 氏名・年齢)	歳
公費負担対象者	区分: <input type="checkbox"/> 被害者本人 <input type="checkbox"/> 家族・遺族 続柄【 】 ○ 被害者本人が対象者ではない場合は以下に記載すること。 住所: <small>ふりかな</small> 氏名: 生年月日(年齢): 年 月 日生 ( 歳) 連絡先:
支払先	<input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 対象者 (又は保護者等)
医療機関	所在地: 名称:
診察日	年 月 日
支払額	円
公費負担の実施回数等	公費負担 回目 初診日 年 月 日 (初診日から3年間に実施した治療で6回分までとする。)

※ 医療機関又は対象者等から入手した請求書等の写しを本申請書に添付すること。