

旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求書

本人またはその遺族用

内閣総理大臣 殿

年 月 日

旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者等に対する補償金等の支給等に関する法律による補償金の支給を請求します。

●優生手術等を受けた方への一時金（優生手術等一時金）を既に受給している場合は、太枠部分を記入してください。その他の部分は、該当する場合のみ記入してください。

●優生手術等を受けたご本人の方で、まだ優生手術等一時金を受給していない場合は、本請求書により一時金の支給もあわせて請求することが可能です。下の□（チェック欄）に✓してください。

□ 本請求書で優生手術等一時金もあわせて請求する。

1. 請求者の情報

(1) 補償金を受け取るご本人に関する情報 ※太枠内は必ず記入してください。

| | | | |
|------------------------------------|--------------|-----|----------------------------|
| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
| 氏名 | | 男・女 | (大正・昭和・平成・令和・西暦) 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 都・道 府・県 | | (電話番号) |
| | | | () |
| 手術等を受けた方との関係 (ご遺族の方のみ記入してください。) | | | |

※万一、請求者の方が本補償金の支給の権利の認定・不認定の通知がなされるまでに死亡した場合には、本請求書による請求は無効となります。その場合には、遺族の方（本請求の請求者を除く。）からご自身の名前で改めて請求を行っていただくこととなります。

(2) 振り込みを希望する金融口座 ※太枠内は必ず記入してください。

※通帳の写し等があれば、金融機関コード・支店コードの記載は不要です。

| | | | |
|------|-----------------------------|----------|---------|
| 名称 | 銀行・信用金庫 | 預金種目 | 金融機関コード |
| | その他 () | 普通・当座・貯蓄 | |
| | 本店 ・ 支所 | 支店コード | 口座番号 |
| | 支店 ・ 出張所 | | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義 | ※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載ください。 | | |

(次ページにお進みください)

(1 / 4)

(3) 既に国から優生手術等に関する金銭（損害賠償金、和解金、一時金等）を受け取っている場合は記入してください。

| | | |
|------|--------|--|
| 訴訟情報 | 提訴裁判所名 | |
| | 事件番号 | |
| | 原告番号 | |

※遺族が受け取った場合も□（チェック欄）に該当するものは✓してください。

| | | |
|------|-----------|--|
| 受取情報 | 損害賠償金 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> わからない |
| | 和解金 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> わからない |
| | 優生手術等一時金 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> わからない |
| | 人工妊娠中絶一時金 | <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> わからない |

あなた（遺族の場合は（4）に記載する手術等を受けた方）は、特定配偶者として既に補償金を受け取っていますか。

はい いいえ わからない

(4) あなたが、優生手術等を受けた方の遺族である場合は記入してください。

| | | | | | |
|----------------|--|------------------|---------------|---|----|
| ふりがな | | 性別 | 手術等を受けた方の生年月日 | | |
| 手術等を受けた方の氏名 | | 男・女 | (大正・昭和・平成・西暦) | | |
| | | | 年 | 月 | 日生 |
| 手術等を受けた方の死亡年月日 | | (大正・昭和・平成・令和・西暦) | | | |
| | | 年 月 日 | | | |

あなた（代表者）の他に同順位の遺族がいる場合は、以下の内容を確認し、□に✓をしてください。

以下の内容について了承します。

補償金の支給を受けるべき同順位の遺族が2名以上いるときは（例：兄弟姉妹が2人）、その全額をその一人に支給することとしています。この場合において、その一人にした支給は、全員に対してしたものとみなされます。

2. 問い合わせの際に希望する連絡先

※都道府県等からの問い合わせの際に請求者以外への連絡を希望する場合は記入してください。

| | | | |
|------|------------|---------|--|
| ふりがな | | 請求者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 都・道 府・県 | | |
| | (電話番号) () | | |

(次ページにお進みください)

(2/4)

3. 優生手術等を受けた方が優生手術等を受けた当時の状況

※優生手術等を受けた方が既に優生手術等一時金を受給している場合は記載不要です。

※過去の記録の発見・特定や、補償金支給の認定のために必要です。□（チェック欄）がある場合には、該当するものに✓を記入してください。また、可能な限り、詳細に記載してください。不明な場合は、分かる範囲で記載してください。

(1) 優生手術等を受けた時期・場所について

① 手術等を受けたのはいつか分かりますか。

わかる（昭和・平成 年 月 日）

わからない（おおよその時期もしくは年齢： 頃）

② 手術等を受けた医療機関は分かりますか。

わかる（名称： ）（所在地 ）

わからない

（おおよその場所など記憶していることがあれば記載してください。）

(2) 手術等を受けた当時の状況について

① 手術等を受けた当時、どこで暮らしていましたか。

自宅にいた（自宅の所在地 ）

医療機関に入院していた・福祉施設を利用していた

→（施設名 ）（所在地 ）

② 手術等を受けた当時の氏名と現在のお名前は同じですか。

同じ

違う（当時の氏名 ）

(3) 優生手術等を受けた理由・経緯について

※この欄に収まらない場合は、別紙をつけてください。優生手術等を受けた理由・経緯以外にも、認定にあたって参考になる情報があればこの欄に記載してください。

| |
|--|
| |
|--|

4. サポート弁護士制度を利用した場合はサポート弁護士のお名前を記入して下さい。

| | |
|-------------|--|
| サポート弁護士のお名前 | |
|-------------|--|

（次ページにお進みください）

（3 / 4）

5. 個人情報の取扱い

(1) 本請求書に記載されている情報は、優生手術等に関する記録等を確認するため、「3. 優生手術等を受けた当時の状況」の欄に記載された医療機関や施設などに提供する場合があります。

上記について同意します。 上記について同意しません。

(2) 旧優生保護法補償金等支給法においては、国（国会）は、旧優生保護法に基づく優生手術等や人工妊娠中絶等に関する調査及び検証等を実施することとされています。この請求書に記載された内容や医療機関、福祉施設などで確認された記録の内容について、調査及び検証等のために提供依頼があった際は、住所や氏名を特定されない形で提供する場合があります。

上記について同意します。 上記について同意しません。

(以上)