

支払未済の優生手術等一時金の支給申出書

内閣総理大臣 殿

年 月 日

下記のとおり、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の優生手術等一時金のうち、支払未済の優生手術等一時金の支給を申し出ます。

1. 申出者の情報

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			

2. 優生手術等を受けた者の情報

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日生
住所	〒 都・道 府・県		
手術等を受けた方の死亡年月日		(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日	

3. 振り込みを希望する金融口座

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 ・ 出張所	支店コード	口座番号
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。		