

5. 優生手術等を受けた当時の状況

※過去の記録の発見・特定や、一時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

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

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 ）

(3) 優生手術等を受けた理由・経緯

※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。

6. 個人情報の取扱い

(1) 本請求書に記載されている情報は、あなたが受けた優生手術等に関する記録等を確認するため、「5. 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場合があります。

上記について説明を受けました。

(2) 旧優生保護法一時金支給法においては、国（国会）は、旧優生保護法に基づく優生手術等に関する調査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あなたの記録の内容について、調査のために提供依頼があった際には、住所や氏名を特定されない形で提供場合があります。

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）