（様式２）

# 旧優生保護法補償金・優生手術等一時金支給請求に係る診断書

## １．請求者情報

| ふりがな | | 性別 | 生年月日 |
|---|---|---|---|
| 請求者<br>氏名 | | 男・女 | （大正・昭和・平成・西暦）<br>年　　月　　日 |
| 請求者<br>住所 | 〒　　－<br>都・道<br>府・県 | | |

## ２．既往歴

| （　有　・　無　） |
|---|

## ３．自覚症状

| （　有　・　無　） |
|---|

## ４．手術痕

| | 男性 | 女性 |
|---|---|---|
| 手術痕の位置（図示） | | |
| 位置や長さ | （位置）<br>（長さ） | （位置）<br>（長さ） |

## ５．備考欄

| |
|---|
| |

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名　　記載日時　　年　　月　　日

住所　　担当医師