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

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。

●手話通訳、文字通訳・要約筆記、盲ろう者向け通訳・介助員の利用が必要な方は、右の該当欄に「〇」を付けてください。

	該当
手話通訳	
文字通訳・要約筆記	
盲ろう者向け通訳・介助員	

●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ので、請求書を提出した都道府県（又はこども家庭庁）にご連絡ください。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になります。

（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 その他（　　）	預金種目 普通・当座・貯蓄	金融機関コード	
	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。			

（次ページにお進みください）

（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	

受取情報	※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。	
	損害賠償金	□有り　□無し　□わからない
	和解金	□有り　□無し　□わからない
	優生手術等一時金	□有り　□無し　□わからない
	人工妊娠中絶一時金	□有り　□無し　□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） （　　）	

結果通知や支払通知の送付先について、上記２の連絡先を希望する場合は右の欄に「○」をしてください。

（次ページにお進みください）

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（４）のみ記載してください。

※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。

（次ページにお進みください）

（4）優生手術等を受けた方の障害等の状況等について

① **優生手術等を受けた当時**どのような障害等がありましたか。
（該当する障害の状況に「〇」をしてください）

障害等の状況		該当
身体障害		
	視覚障害	
	聴覚又は平衡機能の障害	
	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	
	肢体不自由	
	内部障害（注）	
知的障害		
精神障害		
ハンセン病		
障害なし		

※ 複数該当する場合、該当する障害等全てに「〇」をしてください。

（注） 以下の障害の場合は「内部障害」に「〇」を付けてください。
・心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害
・ぼうこう又は直腸の機能の障害
・小腸の機能の障害
・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
・肝臓の機能の障害

② 障害者手帳を取得されている場合は、該当する手帳に〇をしてください。

手帳の種類	該当
身体障害者手帳	
療育手帳	
精神障害者保健福祉手帳	

※ 複数の手帳を取得している場合、該当する手帳の種類に「〇」をしてください。

手帳を取得していると記載した場合は、写し等の提出もお願いします。

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	

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。

6．今回、請求に踏み切るきっかけとなった情報源（見聞きしたもの）をお知らせください。

本欄への回答内容が審査に影響することはありません。（制度の周知広報の参考にさせていただきます。）

〈行政・公的媒体〉 （ご自身が「最も近い」と思うものを１つ選択してください）
□自治体からの個別通知・郵送文書　□自治体の広報誌　□自治体のホームページ　□自治体の窓口掲示
□国の広報資料　□国のホームページ

〈メディア〉 （ご自身が「最も近い」と思うものを１つ選択してください）
□テレビ・新聞・ラジオ　□ インターネット検索　□SNS（X、Facebook、Instagramなど）
□YouTube など動画媒体　□その他（　　）

〈コミュニティ・人からの情報〉 （ご自身が「最も近い」と思うものを１つ選択してください）
□家族・親族から聞いた　□友人・知人などから聞いた　□医療機関の職員（医師・看護師等）から聞いた
□福祉施設・障害者支援施設の職員から聞いた　□支援団体・当事者団体からの案内
□弁護士・法律相談等で知った　□法定代理人（成年後見人）から聞いた　□その他（　　）

（以上）