

旧優生保護法一時金支給請求書

厚生労働大臣 殿

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に対する一時金の支給等に関する法律による一時金の支給を請求します。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 請求者の情報

ふりがな		性別	生年月日
請求者 氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 ー 都・道 府・県	(電話番号)	()

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	〒 ー 都・道 府・県	(電話番号)	()

3. 振り込みを希望する金融口座

※認定がされた場合、下記の口座に一時金が支払われます。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。

※請求者本人以外の者を口座名義人とする場合は、委任状を添付してください。

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。		

4. 優生手術等を受けた当時の氏名

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)

(次ページにお進みください)

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）

旧優生保護法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 氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 都・道 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) (長さ)	(位置) (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 印

旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料等支給申請書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料及び診断料の支給を受けたいので、申請します。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 請求者の情報

チェック欄

※ 旧優生保護法一時金支給請求書の「1. 請求者の情報」と同一場合は、右のチェック欄に してください。

ふりがな		性別	生年月日
請求者氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者住所	〒 都・道 府・県		(電話番号) ()

2. 請求額の情報

チェック欄

診断書作成料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額が5,000円を超える場合は5,000円）について、支給を請求します。また、診断料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額の上限は健康保険の診療方針及び診療報酬の例によります）について、支給を申請します。

※ よろしければ、右のチェック欄に してください。
※※ 診断料は診療報酬点数表における初診料の所定点数相当額（平成31年4月1日時点の診療報酬点数表では2,820円）まで公費負担の対象となります。

3. 振り込みを希望する金融口座

チェック欄

※ 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けたことに対する一時金支給請求書の「3. 振り込みを希望する金融口座」と同一の場合は、右のチェック欄に してください。

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

4. 領収書欄 (医療機関において記載してください)

領収書				
診断書作成料	金		円	
診断料	金		円	
年 月 日			医療機関名	印
				代表者氏名

※診断料は、医療保険適用外の間診等を行った場合にのみ記載してください。