

ハンセン病元患者家族補償金支給請求書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、ハンセン病元患者家族に対する補償金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。また、私は、ハンセン病歴のある者として国から損害賠償金、和解一時金、補償金の支払いを受けたことはありません(※)。

※ ハンセン病元患者として国から損害賠償金、和解一時金、補償金の支払いを受けたことがある方は、本補償金の対象外です。

年 月 日 請求者氏名 印

※本人自署の場合は押印省略可能

1. 請求者の情報

ふりがな		性別	生年月日
請求者氏名		男・女	(明治・大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日生
請求者住所	〒 都・道 府・県	電話番号 ()	メールアドレス @
平成10年(1998年)7月31日から申請日現在までの氏名変更の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
現在の氏名と異なる氏名だった期間		氏名	
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
国内等居住歴(ハンセン病歴のある家族が最初にハンセン病を発病した時から平成8年(1996年)3月31日まで(※)の間)			
国		居住期間	
<input type="checkbox"/> 日本国内 <input type="checkbox"/> 台湾、朝鮮等()		年 月 日～ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 日本国内 <input type="checkbox"/> 台湾、朝鮮等()		年 月 日～ 年 月 日	
訴訟情報(ハンセン病歴のある方の家族として国に対して訴訟を提起したことがある方のみ)		提訴裁判所名	
		原告番号	

※ 戦前の台湾、朝鮮等にあつては、昭和20年(1945年)8月15日までの間に限る。

2. 問合せの際に希望する連絡先

※ 厚生労働省からの問合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	〒 都・道 府・県	電話番号 ()	メールアドレス @

3. 認定/不認定決定通知書及び補償金支払通知の送付先

※ 「1. 請求者の情報」に記載の住所以外への送付を希望する場合は記入してください。

ふりがな		通知先	〒 都・道 府・県
宛名			

4. 振込を希望する金融口座

※ 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。

※ 原則本人名義の口座又は弁護士若しくは司法書士の預かり金口座を記載してください。これ以外の口座への振込を希望する場合は、厚生労働省に相談してください。預かり金口座を指定する場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。

名称	銀行・信用金庫 その他()	預金種目		金融機関コード
		普通・当座・貯蓄		
		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文字として記載してください。			

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手段により補償金の支給を受けた場合には、不正に受給した金額の返還が命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。

(次ページにお進みください)

5. 請求者の家族等（ハンセン病歴のある方）の情報（*を付した項目は、必須項目）

※ 家族であったことがある方の中にハンセン病歴のある方が複数名いらっしゃる場合には、可能な限りハンセン病歴のある方複数名分の情報を提供してください（「請求書追加様式」（様式2）を使用してください）。

ふりがな*		性別*		
氏名*		男・女		
生年月日* (明治・大正・昭和・平成・西暦・不明) 年・頃 月 日生		生死の別* <input type="checkbox"/> 現に生存している <input type="checkbox"/> 死亡している	死亡年月日（死亡している場合のみ） (明治・大正・昭和・平成・西暦・不明) 年 月 日死亡	
請求者から見たハンセン病歴がある方の続柄*	<血縁又は養子縁組により家族関係があったことがある方> <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 曾祖父母 <input type="checkbox"/> ひ孫 <input type="checkbox"/> おじ・おば <input type="checkbox"/> おい・めい			
	<それ以外の方> <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> (親・子)の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の(親・子) <input type="checkbox"/> (兄弟姉妹・祖父母・孫)の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の(兄弟姉妹・祖父母・孫)			
上記の関係を戸籍上確認できるか <input type="checkbox"/> 確認できる <input type="checkbox"/> 確認できない (理由： <input type="checkbox"/> 事実婚のため <input type="checkbox"/> 事実婚以外)				
請求に係る家族等のハンセン病歴	ハンセン病療養所入所歴の有無*		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
	施設名*	入所期間* (入所日～平成8年(1996年)3月31日の間)	園名 (園において使用していた氏名)	
	園・不明	年 月 日～ 年 月 日・不明		
	園・不明	年 月 日～ 年 月 日・不明		
	園・不明	年 月 日～ 年 月 日・不明		
	(※遺族が受け取った場合も☑)		提訴裁判所名	原告番号
	ハンセン病に関する金銭の受給歴	損害賠償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		和解一時金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		補償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受付番号
		給与金等*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受給者番号
ハンセン病の発病の診断を受けた時期*		年・頃 月 日・不明		
ハンセン病発病の診断を受けた医療機関		〒 ー		
名称	所在地			
ハンセン病歴のある方と関係があった期間* (※1)				
請求者から見たハンセン病歴のある方の続柄		期間		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
国内等居住歴* (※1)				
国 (日本以外の場合は、括弧内に国名を記載)		期間		
<input type="checkbox"/> 日本国内 <input type="checkbox"/> 戦前の台湾、朝鮮等 ()		年 月 日～ 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 日本国内 <input type="checkbox"/> 戦前の台湾、朝鮮等 ()		年 月 日～ 年 月 日		
<input type="checkbox"/> 日本国内 <input type="checkbox"/> 戦前の台湾、朝鮮等 ()		年 月 日～ 年 月 日		
請求者と同居していた期間* (※1)		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		

※1 ハンセン病の発病の時から平成8年(1996年)3月31日まで(※2)の間に限る。

※2 戦前の台湾、朝鮮等にあつては、昭和20年(1945年)8月15日までの間に限る。

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、あなたの家族関係やあなたの家族であったことがある方のハンセン病歴を確認するため、かつて私立ハンセン病療養所であった医療機関などに、審査・認定に必要な限度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。

(以上)