

支払未済の補償金の支給申出書

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の一時金のうち、支払未済の補償金の支給を申し出ます。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 申出者の情報

※本人自署の場合は押印省略可能

ふりがな		性別	生年月日
申出者 氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
申出者の 住所又は 居所	〒 ー 都・道 府・県		
	電話番号 ()	メールアドレス @	

2. ハンセン病元患者家族の情報

ふりがな		性別	生年月日
元患者家族 の氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
元患者家族 の死亡時の 住所又は居 所	〒 ー 都・道 府・県		
元患者家族 と申出者の 関係		元患者家族 の死亡年月 日	令和 年 月 日

3. 振り込み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。

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(右詰で記載)	
	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。			

<申出書の添付書類について>

申出書には、次に掲げる書類を添えてください。日本語で作成されていない添付書類がある場合は、当該書類に日本語の翻訳文を添付してください。

- ① 住民票の写しその他の申出をする者の氏名、性別、生年月日及び住所又は居所を証明することができる書類
 ② ハンセン病元患者家族の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
 ③ 申出をする者が法第十条第一項の遺族(次条において「遺族」という。)である場合にあっては、次に掲げる書類

ア 申出をする者とハンセン病元患者家族との身分関係を証明することができる書類
 イ 申出をする者がハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類

- 書類
 ④ 申出をする者が相続人である場合にあっては、相続人であることを証明することができる書類
 ⑤ 前項第四号の金融機関の名称及び口座番号を明らかにすることができる書類