

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補償金のうち、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

Table with 4 columns: ふりがな, 性別, 生年月日, 申出者の住所又は居所. Includes fields for name, sex, birth date, and address details like telephone and email.

2. ハンセン病元患者家族の情報

Table with 4 columns: ふりがな, 性別, 生年月日, 元患者家族と申出者の関係. Includes fields for name, sex, birth date, and relationship to the applicant.

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。

Table for bank account information with columns: 名称, 銀行・信用金庫, 預金種目, 金融機関コード, フリガナ, 口座名義.

- <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付してください。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
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