

旧優生保護法人工妊娠中絶一時金支給請求書

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人工妊娠中絶一時金の支給を請求します。また、私は、旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者として国から一時金の支給を受けたことはありません（※）。

（※）旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者として国から一時金の支払いを受けたことがある方は、人工妊娠中絶一時金を受給することはできません。

1. 請求者の情報

(1) 一時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・西暦) 年 月 日生 |
| 住所 | 〒 都・道 府・県 | | (電話番号) () |

(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 | 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 ・ 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。 | | |

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) () |

(次ページにお進みください)

3. 人工妊娠中絶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) 人工妊娠中絶を受けた時期・場所について

① 人工妊娠中絶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 人工妊娠中絶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) 人工妊娠中絶を受けた当時の状況について

① 人工妊娠中絶を受けた当時、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 人工妊娠中絶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) 人工妊娠中絶を受けた理由・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。人工妊娠中絶を受けた理由・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。

| |
|--|
| |
|--|

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 | |
|-------------|--|

（次ページにお進みください）

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、人工妊娠中絶等に関する記録等を確認するため、「3. 人工妊娠中絶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。

(以上)