

旧優生保護法補償金・優生手術等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・平成・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