（様式１－③）

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。

●手話通訳、文字通訳・要約筆記、盲ろう者向け通訳・介助員の利用が必要な方は、右の該当欄に「〇」を付けてください。

	該当
手話通訳	
文字通訳・要約筆記	
盲ろう者向け通訳・介助員	

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 その他（　　）	預金種目 普通・当座・貯蓄	金融機関コード
	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） （　　）	

結果通知や支払通知の送付先について、上記２の連絡先を希望する場合は右の欄に「〇」をしてください。

（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。

（次ページにお進みください）

（４）人工妊娠中絶を受けた方の障害等の状況等について

① **人工妊娠中絶を受けた当時**どのような障害等がありましたか。

（該当する障害の状況に「〇」をしてください）

障害等の状況		該当
身体障害		
	視覚障害	
	聴覚又は平衡機能の障害	
	音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害	
	肢体不自由	
	内部障害（注）	
知的障害		
精神障害		
ハンセン病		
障害なし		

※ 複数該当する場合、該当する障害等全てに「〇」をしてください。

（注） 以下の障害の場合は「内部障害」に「〇」を付けてください。
・心臓、じん臓又は呼吸器の機能の障害
・ぼうこう又は直腸の機能の障害
・小腸の機能の障害
・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害
・肝臓の機能の障害

② 障害者手帳を取得されている場合は、該当する手帳に〇をしてください。

手帳の種類	該当
身体障害者手帳	
療育手帳	
精神障害者保健福祉手帳	

※ 複数の手帳を取得している場合、該当する手帳の種類に「〇」をしてください。

手帳を取得していると記載した場合は、写し等の提出もお願いします。

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	

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

☐ 上記について同意します。　　☐ 上記について同意しません。

６．今回、請求に踏み切るきかっけとなった情報源（見聞きしたもの）をお知らせください。

本欄への回答内容が審査に影響することはありません。（制度の周知広報の参考にさせていただきます。）

〈行政・公的媒体〉　（ご自身が「最も近い」と思うものを１つ選択してください）

☐自治体からの個別通知・郵送文書　☐自治体の広報誌　☐自治体のホームページ　☐自治体の窓口掲示
☐国の広報資料　☐国のホームページ

（次ページにお進みください）

〈メディア〉　（ご自身が「最も近い」と思うものを 1 つ選択してください）

□テレビ・新聞・ラジオ　□　インターネット検索　□SNS（X、Facebook、Instagramなど）
□YouTube など動画媒体　□その他（　　）

〈コミュニティ・人からの情報〉　（ご自身が「最も近い」と思うものを 1 つ選択してください）

□家族・親族から聞いた　　□友人・知人などから聞いた　□医療機関の職員（医師・看護師等）から聞いた
□福祉施設・障害者支援施設の職員から聞いた　□支援団体・当事者団体からの案内
□弁護士・法律相談等で知った　□法定代理人（成年後見人）から聞いた　□その他（　　）

（以上）