

ハンセン病元患者家族補償金支給請求書（追加様式）（記載例）

請求者の家族等（ハンセン病歴のある方）の情報（*を付した項目は、必須項目）

※ 家族であったことがある方の中にハンセン病歴のある方が複数名いらっしゃる場合には、可能な限りハンセン病歴のある方複数名分の情報を提出してください。

| | | | | |
|---|--|--|--|------|
| ふりがな* | ろうどう はなこ | | 性別* | |
| 氏名* | 労働 花子 | | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | |
| 生年月日* | | 生死の別* | 死亡年月日（死亡している場合のみ） | |
| (明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和・平成・西暦・不明) ○年・頃 ○月 ○日生 | | <input checked="" type="checkbox"/> 現に生存している <input type="checkbox"/> 死亡している | (明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 平成・令和・西暦・不明) ○年 ○月 ○日死亡 | |
| 請求者から見たハンセン病歴がある方の続柄* | <血縁又は養子縁組により家族関係があったことがある方> <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 曾祖父母 <input type="checkbox"/> ひ孫 <input type="checkbox"/> おじ・おば <input type="checkbox"/> おい・めい <それ以外の方> <input type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> (<input checked="" type="radio"/> 親・子) の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の(親・子) <input type="checkbox"/> (兄弟姉妹・祖父母・孫) の配偶者 <input type="checkbox"/> 配偶者の(兄弟姉妹・祖父母・孫) | | | |
| 上記の関係を戸籍上確認できるか | | <input type="checkbox"/> 確認できる <input checked="" type="checkbox"/> 確認できない（理由： <input checked="" type="checkbox"/> 事実婚のため <input type="checkbox"/> 事実婚以外） | | |
| 請求に係る家族等のハンセン病歴 | ハンセン病療養所入所歴の有無* | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | |
| | 施設名* | 入所期間* (入所日～平成8年(1996年)3月31日の間) | 園において使用していた氏名 | |
| | 園・不明 | 年 月 日～ 年 月 日・不明 | | |
| | 園・不明 | 年 月 日～ 年 月 日・不明 | | |
| | 園・不明 | 年 月 日～ 年 月 日・不明 | | |
| | ハンセン病に関する金銭の受給歴 | | 提訴裁判所名 | 原告番号 |
| | (※遺族が受け取った場合も <input checked="" type="checkbox"/>) 損害賠償金* <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 和解一時金* <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 補償金* <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 給与金等* <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 | | 受付番号 | |
| | | | 受給者番号 | |
| | ハンセン病の発病の診断を受けた時期* | | 昭和○年 <input checked="" type="radio"/> 頃 月 日・不明 | |
| | ハンセン病発病の診断を受けた医療機関 | | 〒 - | |
| 名称 | 所在地 | | | |
| 請求者から見たハンセン病歴のある方の続柄 | | 期間 | | |
| 親の配偶者 | | 昭和○年○月○日～ 平成○年○月○日 年 月 日～ 年 月 日 | | |
| ハンセン病歴のある方の日本国外での居住歴* | | <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 | | |
| 国名 | 期間 | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 請求者と同居していた期間* (親・子、配偶者、兄弟姉妹についての請求の場合、記載不要) | | 昭和○年○月○日～ 平成○年○月○日 年 月 日～ 年 月 日 | | |

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手段により補償金の支給を受けた場合には、不正に受給した金額の返還が命ぜられ、また、詐欺罪として刑罰に処せられることがあります。

(以上)