

樂生院に入所していた皆様へ

～ハンセン病療養所に入所していた方々への補償金の支給について～

1945年8月15日までの間に、ハンセン病療養所である樂生院に入所していた方々に、補償金を支給することとなりました。

1 支給の対象となる方々について

支給の対象となる方々は、1945年8月15日までの間に、当時、国立癩療養所であった樂生院（所在地：台北縣新莊市）に入所していた方です。

なお、補償金の請求は、樂生院にハンセン病で入所していた方御本人に限って行うことができ、その遺族の方などが請求することはできません。

2 請求期限について

2011年2月9日までです。

3 請求に必要な書類等について

財団法人交流協会に備え付けてあります。また、下記の厚生労働省のホームページにも掲示しておりますので、プリントしてお使い下さい。

4 請求書の提出について

日本国厚生労働省健康局疾病対策課に、直接、郵送で提出して下さい。

5 審査及び審査結果の通知について

日本国厚生労働省において、必要書類が揃っていることなどを確認いたします。その上で、入所の事実を確認し、補償金支給の可否を決定します。その結果は、請求者に通知いたします。

6 問合せ先について

ご不明な点がございましたら、日本国厚生労働省健康局疾病対策課にお問合せ下さい。（日本語のみ可）

【連絡先】+81-3-5253-1111（内線2369,2980）

【受付時間】9:30～18:00（日本時間）

7 厚生労働省ホームページ（ハンセン病に関する情報ページ）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/index.html>

小鹿島更生園に入所していた皆様へ

～ハンセン病療養所に入所していた方々への補償金の支給について～

1945年8月15日までの間に、ハンセン病療養所である小鹿島更生園に入所していた方々に、補償金を支給することとなりました。

1 支給の対象となる方々について

支給の対象となる方々は、1945年8月15日までの間に、当時、朝鮮総督府療養所であった小鹿島更生園（所在地：全羅南道高興郡）に入所していた方です。

なお、補償金の請求は、小鹿島更生園にハンセン病で入所していた方御本人に限って行うことができ、その遺族の方などが請求することはできません。

2 請求期限について

2011年2月9日までです。

3 請求に必要な書類等について

日本国の在大韓民国大使館、在釜山総領事館及び在済州総領事館にて入手可能です。また、下記の厚生労働省のホームページにも掲示しておりますので、プリントしてお使い下さい。

4 請求書の提出について

日本国厚生労働省健康局疾病対策課に、直接、郵送で提出して下さい。

なお、日本国の在大韓民国大使館、在釜山総領事館及び在済州総領事館では受け付けておりません。

5 審査及び審査結果の通知について

日本国厚生労働省において、必要書類が揃っていることなどを確認いたします。その上で、入所の事実を確認し、補償金支給の可否を決定します。その結果は、請求者に通知いたします。

6 問合せ先について

ご不明な点がございましたら、日本国厚生労働省健康局疾病対策課にお問合せ下さい。（日本語のみ可）

【連絡先】+81-3-5253-1111（内線2369,2980）

【受付時間】9:30～18:00

7 厚生労働省ホームページ（ハンセン病に関する情報ページ）

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/index.html>

※施設名: _____ No. _____

平成 年 月 日受付

補償金支給請求書

厚生労働大臣 殿

下記によりハンセン病療養所入所者に対する補償金の支給を請求します。

請求年月日 20 年 月 日

請求人	(フリガナ) 氏名 (本名)	印	生年月日 19 年 月 日生	男・女	
	住所	〒 _____ 電話番号 _____			
療養所入所歴	療養所において使用していた通称名	施設名	入所期間 (入所日～1945年8月15日までの間について記入して下さい。)		
			年 月 日～	年 月 日	
			年 月 日～	年 月 日	
金融機関又は郵便局払込希望	名称	※金融機関店舗又は郵便局コード	_____	_____	
	預金・貯金通帳の記号番号	普通・当座・郵便振替	第 _____	号 _____	
	フリガナ口座名義人氏名	_____			
郵便局送金希望	名称	_____			
	所在地	_____			
添付する書類・その他の資料					
調査確認の時に希望する連絡先		名前 〒 _____	住所 _____ 電話番号 _____		

本人以外の方が記入された場合は、記入者の住所・氏名等を記入し、押印してください。

記入者住所 〒 _____

電話番号 _____

氏名 _____ 印 (本人との関係 _____)

※の欄は記入する必要はありません。

この請求書の記載に当たっては、別紙の「補償金支給請求書記入要領(国外ハンセン病療養所用)」を参照して下さい。

※ 認定区分	_____	※ 債主コード	_____
		番号	_____

※施設名： _____ No. _____

平成 年 月 日受付

補 償 金 支 給 請 求 書

厚生労働大臣 殿

下記によりハンセン病療養所入所者に対する補償金の支給を請求します。

①請求年月日 2006年2月10日

請求人	(フリガナ) 氏 名 (本 名)	② ○○ ○○ ③ ○□ △□ 印	④生年月日 1920年7月21日生	⑤ 男・女
	⑥住 所	〒 _____ 韓国○○○ □□□ △△番地 電話番号 12 - 345 - 7890		
療養所入所歴	療養所において使用していた通称名	施 設 名	入 所 期 間 (入所日～1945年8月15日までの間について記入して下さい。)	
	⑦ □○ □□	⑧ 小鹿島更生園	⑨ 1940年 1月 1日～ 1942年 12月 31日	
		楽 生 院	1943年 1月 1日～ 1944年 12月 31日	
			年 月 日～ 年 月 日	
⑩ 金融機関又は郵便局払込希望	名 称	※金融機関店舗又は郵便局コード		
	預金・貯金通帳の記号番号	韓国外換銀行 ○○支店 普通 当座・郵便振替 第 0123456 号		
	フリガナ 口座名義人氏名	×× ×× ○□ △□		
⑪ 郵便局送金希望	名 称	-----		
	所 在 地	-----		
⑫添付する書類・その他の資料	住民登録票、入所者台帳 (写)			
⑬ 調査確認の時に希望する連絡先	名前 ○○ □□ 〒 _____ 住所 韓国□□□ △△ ○○番地 電話番号 12 - 789 - 345			

本人以外の方が記入された場合は、記入者の住所・氏名等を記入し、押印してください。

⑭ { 記入者住所 〒 _____ 韓国□□□ △△ ○○番地
電話番号 12 - 789 - 345
氏名 ○○ □□ 印 (本人との関係 ○○○)

※の欄は記入する必要はありません。

この請求書の記載に当たっては、別紙の「補償金支給請求書記入要領(国外ハンセン病療養所用)」を参照して下さい

※ 認定区分		※ 債主コード 番号	
--------	--	---------------	--

補償金支給請求書記入要領（国外ハンセン病療養所用）

1. 記入方法について

<基本的な事項>

- ・この記入要領は、1945（昭和20）年8月15日以前に小鹿島更生園（大韓民国）あるいは楽生院（台湾）（以下「国外ハンセン病療養所」といいます。）に入所していた方が、補償金を請求するためのものです。
- ・記入例を参考に、きちんとはつきり記入願います。
- ・「※」欄は、日本国厚生労働省で使用しますので、記入しないで下さい。

<具体的な事項>

- ①アラビア数字を使用し、西暦で記入して下さい。
- ②必要に応じ、記入して下さい。
- ③療養所における通称名ではなく、本名を記入して下さい。
- ④アラビア数字を使用し、西暦で記入して下さい。
- ⑤どちらかを、○で囲んで下さい。
- ⑥現在の居住地を記入して下さい。
- ⑦療養所において使用していた通称名を記入して下さい。
- ⑧1945（昭和20）年8月15日までの間に入所していた国外ハンセン病療養所の名称を記入して下さい。
- ⑨アラビア数字を使用し、西暦で記入して下さい。
- ⑩金融機関又は郵便局における請求人の口座に払い込みを希望する場合に、記入して下さい。
（例：○○銀行△△支店 ○○郵便局）
なお、請求人氏名と口座名義人氏名が相違する場合は、両者が同一人であることが確認できる書類を添付して下さい。
- ⑪郵便局窓口での受け取りを希望する場合は、郵便局への「送金」欄に記入して下さい。
- ⑫添付した書類・その他の書類の名称を記入して下さい。添付書類については、下記の2. 添付する書類・その他の書類についてを参照して下さい。
- ⑬請求人本人のプライバシーを保護するため、「請求人」欄記載事項以外への連絡先を希望する場合に記入して下さい。
- ⑭本人以外の方がこの請求書を記入された場合は、記入者の住所、電話番号、氏名及び本人との関係を記入し、押印（押印の慣習がない場合は自署（サイン）で可）して下さい。

2. 添付する書類・その他の書類について

(※以下の全ての書類が必要となります。)

- ・ 請求人の居住地の公的機関が発行した請求者の氏名・性別・生年月日・住所及び請求者の生存を証明することができる書類。
- ・ 請求人が入所していた国外ハンセン病療養所に入所した年月日を証明することができる書類（入所歴及び罹患歴）。
- ・ 預金・貯金通帳のうち、口座名義人氏名、記号番号、口座の種類が明記されている部分の写し。
- ・ 添付する書類が日本語以外の言語で表記されている場合については、すべてに日本語訳（様式は自由）を添付して下さい。

なお、請求人の氏名、住所、金融機関の名称(支店名含む)及び口座名義人氏名並びに郵便局名及びその所在地については、支払事務上、英語訳が必要なので、英語訳された文書（様式は自由）を添付して下さい。

3. 「補償金支給請求書」の提出先

日本国厚生労働省健康局疾病対策課に提出して下さい。

<住所>

〒100-8916 東京都千代田区霞が関1-2-2
厚生労働省健康局疾病対策課宛

<電話番号>

日本国外からかける場合

+81-3-5253-1111（代表） 内線 2369、2980

日本国内からかける場合

03-5253-1111（代表） 内線 2369、2980

※お問い合わせについては、日本語のみの対応となることをご了承願います。