

致曾住在樂生療養院的各位

～關於向曾住進痲瘋病療養院的各位支付補償金一事～

已決定向 1945 年 8 月 15 日之前住在痲瘋病療養院樂生療養院的患者者支付補償金。

1 關於支付對象

支付對象為到 1945 年 8 月 15 日為止之前，曾住在國立痲瘋病療養院樂生療養院（地址：台北州新莊郡新莊街頂阪角）的患者者。

申請補償金只限曾住在樂生療養院者本人，其家屬等不可申請。

2 關於申請期限

至 2011 年 2 月 9 日截止。

3 關於申請所需的資料

財團法人交流協會備有表格。在厚生勞動省網頁上也有登載，請自行打印使用。

4 關於提出申請書

請直接郵寄給日本國厚生勞動省健康局疾病對策課。

5 關於審查及審查結果的通知

由日本國厚生勞動省確認所需資料已齊全。然後確認住院的事實，決定可否支付補償金，再向申請者通知審查結果。

6 關於洽詢

有任何疑問，請向日本國厚生勞動省健康局疾病對策課問詢。（僅限用日文）

【聯繫電話】+81-3-5253-1111（內線 2369,2980）

【受理時間】9：30～18：00

7 厚生勞動省網頁（關於痲瘋病的資詢）

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

※施設名： _____ No. _____
年 月 日受付

支付補償金申請書

厚生労働大臣 閣下

根據下述內容，申請支付對住進痲瘋病療養院者的補償金。

申請日期 20 年 月 日

申請人	姓名 (本名)	印	出生年月日 19 年 月 日	男・女
	住 址	電話號碼 - -		
住進療養院的履歷	在療養院使用的姓名	機構名稱	住 院 期 間 (請填寫從住院之日~1945年8月15日的期間。)	
			年 月 日~	年 月 日
			年 月 日~	年 月 日
希望匯入的金融機構或者郵局	名 稱	※金融機關店舖又は郵便局コード
	存摺帳號	普通・活期・郵局轉帳	第	號
	戶 名			
希望匯款郵局	名 稱			
	地 址			
附件、其它資料				
調查確認時的希望聯絡處		姓名 地址	電話號碼 - -	

非本人填寫的話，請寫明填寫者的住址、姓名，並蓋章。

填寫者住址

電話號碼 - -

姓名 _____ 印 (與本人的關係 _____)

"※" 標記欄不必填寫。

填寫本申請書時，請參考附件“支付補償金申請書填寫要領(國外痲瘋病療養院用)”。

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

[填寫範例]

※施設名： _____ No. _____
年 月 日 受付

支付補償金申請書

厚生労働大臣 閣下

根據下述內容，申請支付對住進痲瘋病療養院者的補償金。

①申請日期 2006年2月10日

申請人	姓名 (本名)	② ○□ △□ 印	③出生年月日 1920年7月21日	④ <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	⑤ 住址	○○○ □□□ △△番地 電話號碼 12 - 345 - 7890		
住進療養院的履歷	名字 (在療養院使用的姓名)	機 構 名 稱	住 院 期 間 (請填寫從住院之日~1945年8月15日的期間。)	
	⑥ □○ □□	⑦ 小鹿島更生園	⑧ 1940年 1月 1日~ 1942年 12月 31日	
		樂生療養院	1943年 1月 1日~ 1944年 12月 31日	
			年 月 日~ 年 月 日	
⑨ 希望匯入的金融	機 構 或 者 郵 局	確 名 稱	※金融機關店舖又は 郵便局コード
		存摺帳號	○○銀行 ○○分行 普通・活期・郵局轉帳 第 0123456 號	
	戶 名	○□ △□		
⑩ 希望郵寄	收件人			
	地 址			
⑪附帶資料、其它資料		居民登記單、住院者帳簿(謄本)		
⑫ 調查確認時的希望聯絡處		姓名 ○○ □□		
		地址 □□□ △△ ○○番地		
		電話號碼 12 - 789 - 345		

非本人填寫的話，請寫明填寫者的住址、姓名，並蓋章。

⑬ 填寫者住址 □□□ △△ ○○番地
 電話號碼 12 - 789 - 345
 姓名 ○○ □□ 印 (與本人的關係 ○○○)

"※" 標記欄不必填寫。

填寫本申請書時，請參考附件“支付補償金申請書填寫要領(國外痲瘋病療養院用)”

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

支付補償金申請書填寫要領（國外痲瘋病療養院用）

1. 關於填寫方法

<基本事項>

- 於 1945（昭和 20）年 8 月 15 日以前住在小鹿島更生園（大韓民國）或者樂生療養院（台灣）的患者，在申請補償金時，請參考本填寫要領。
- 請參考填寫範例，工整、明確地填寫。
- 「※」標記的欄為日本國厚生勞動省使用欄，所以請勿填寫。

<具體事項>

- ① 請使用阿拉伯數字，用西元年填寫。
- ② 請填寫本名，而非是在療養院使用的姓名。
- ③ 請使用阿拉伯數字，用西元年填寫。
- ④ 請選擇其中一項劃○。
- ⑤ 請填寫現在的住址。
- ⑥ 請填寫當時在療養院使用的姓名。
- ⑦ 請填寫 1945（昭和 20）年 8 月 15 日之前所居住的國外痲瘋病療養院的名稱。
- ⑧ 請使用阿拉伯數字，用西元年填寫。
- ⑨ 希望通過金融機構或者郵局向申請人帳戶匯款的話，請填寫。
（例如：○○銀行△△分行○○郵局）
另外，申請人姓名與帳戶人姓名不同時，請附上能夠確認兩者為同一人的證明資料。
- ⑩ 希望在郵局窗口領取的話，請填寫向郵局“匯款”欄。
- ⑪ 請填寫附件、其它文件的名稱。關於收件人，請參照下述 **2. 關於附件、其它文件**。
- ⑫ 爲了保護申請人的個人隱私，希望使用“申請人”欄記載事項以外的聯絡處時，請填寫。
- ⑬ 該申請書由非申請者本人填寫時，請寫明填寫者的住址、電話號碼、姓名及與申請者本人的關係，並蓋章（亦可以簽名代替蓋章）。

2. 關於附件、其它文件

(※需提交下述所有附件)

- 由申請人居住地的官方機構發行的能夠證明申請人的姓名、性別、出生年月日、住址及申請人依然生存的證明資料。
- 能夠證明申請人曾居住的外國痲瘋病療養院的日期的資料(住院履歷及病歷)。
- 存摺(需含戶名及帳號)的複印件。
- 附件使用日語以外的語言時,請全部附上日文翻譯(格式不限)。
另外,在辦理付款業務時,需要將申請人的姓名、住址、金融機關的名稱(包括分行)及帳戶人姓名、還有郵局及其地址等翻譯成英文,所以請附上翻譯成英文的文件(格式不限)。

3. 「支付補償金申請書」的寄送地點

請寄到日本國厚生勞動省健康局疾病對策課。

<地址>

〒100-8916 東京都千代田區霞之關 1-2-2
厚生勞動省健康局疾病對策課收

<電話號碼>

從日本國外請撥打
+81-3-5253-1111(總機) 內線 2369、2980

從日本國內請撥打

03-5253-1111(總機) 內線 2369、2980

※關於洽詢,僅限用日文,請見諒。