

ハンセン病元患者家族補償金支給請求書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律による補償金の支給を請求します。また、私は、ハンセン病歴のある者として国から損害賠償金、和解一時金、補償金の支払いを受けたことはありません(※)。

※ ハンセン病元患者として国から損害賠償金、和解一時金、補償金の支払いを受けたことがある方は、本補償金の対象外です。

年 月 日

1. 請求者の情報

※ 請求書は、請求者(請求者氏名の欄に氏名が記載されている方)が記載してください。請求者以外の方が請求書を記載する場合は、委任状を提出してください(詳しくは、Q&Aを参照)。

ふりがな		性別	生年月日
請求者氏名		男・女	(明治・大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日生
請求者住所	〒 ー 電話番号 () メールアドレス @		
平成10年(1998年)7月31日から申請日現在までの氏名変更の有無		□有 □無	
現在の氏名と異なる氏名だった期間		氏名	
年 月 日～ 年 月 日			
年 月 日～ 年 月 日			
請求者の日本国外での居住歴*		□有 □無	
国名		居住期間	
		年 月 日～ 年 月 日	
		年 月 日～ 年 月 日	
訴訟情報(ハンセン病歴のある方の家族として国に対して訴訟を提起したことがある方のみ)		提訴裁判所名	
		原告番号	

2. 問合せの際に希望する連絡先

※ 厚生労働省からの問合せの際に請求者以外へ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	〒 ー 電話番号 () メールアドレス @		

3. 認定/不認定決定通知書及び補償金支払通知の送付先

※ 「1. 請求者の情報」に記載の住所以外への送付を希望する場合は記入してください。

宛名		
通知先	〒 ー	

4. 振込を希望する金融口座

※ 原則本人名義の口座又は弁護士若しくは司法書士の預かり金口座を記載してください。これ以外の口座への振込を希望する場合は、厚生労働省に相談してください。預かり金口座を指定する場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。

金融機関名	銀行・信用金庫 その他()	預金種目	金融機関コード
		普通・当座・貯蓄	
フリガナ		支店コード	口座番号
支店名	本店 ・ 支所 支店 ・ 出張所		
フリガナ			
口座名義	※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載してください。		

(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。

(次ページにお進みください)

5. 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供してください（「請求書追加様式」（様式2）を使用してください）。

ふりがな*		性別*		
氏名*		男・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・昭和・平成・西暦・不明) 年・頃 月 日生		<input type="checkbox"/> 現に生存している <input type="checkbox"/> 死亡している	(明治・大正・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 type="checkbox"/> (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 type="checkbox"/> 確認できない（理由： <input 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 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		
	(※遺族が受け取った場合も☑)		提訴裁判所名	原告番号
	ハンセン病に関する金銭の受給歴	損害賠償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		和解一時金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
		補償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受付番号
		給与金等*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受給者番号
	ハンセン病の発病の診断を受けた時期*		年・頃 月 日・不明	
ハンセン病発病の診断を受けた医療機関		〒 ー		
名称	所在地			
請求者がハンセン病歴のある方と関係があった期間*				
請求者から見たハンセン病歴のある方の続柄		期間		
		年 月 日～ 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	
国名		期間		
		年 月 日～ 年 月 日		
		年 月 日～ 年 月 日		
請求者と同じ居していた期間*		年 月 日～ 年 月 日		
(親・子、配偶者、兄弟姉妹についての請求の場合、記載不要)		年 月 日～ 年 月 日		

6. 個人情報の取扱い

(1) 本請求書に記載されている情報は、あなたの家族関係やあなたの家族であったことがある方のハンセン病歴などを確認するため、市町村やかつて私立ハンセン病療養所であった医療機関などに、審査・認定に必要な限度で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) (1)で「上記について同意しません」を選択された方に伺います。次のうち、請求情報を審査・認定に必要な限度で提供しても問題ない組織があれば、✓を記載してください。

現在のハンセン病療養所 かつてハンセン病療養所であった医療機関等
 請求者が本籍を置いたことがある市町村 現在住所のある市町村

(3) 厚生労働省から「1.」又は「2.」の電話番号に問い合わせた際に、請求者又は問合せ先以外の方が応答された場合、その方に対して、用件（請求者の方からのハンセン病元患者家族補償金の申請内容について確認したいことがある旨）をお伝えしても問題ありませんか。

問題ありません。 用件は伝えないでください。

⇒可能な限り、連絡先にメールアドレスの記載をお願いします。

(以上)

ハンセン病元患者家族補償金支給請求書（追加様式）

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*				性別*	
氏名*				男・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・昭和・平成・西暦・不明) 年・頃 月 日生		<input type="checkbox"/> 現に生存している <input type="checkbox"/> 死亡している	(明治・大正・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 type="checkbox"/> (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 type="checkbox"/> 確認できない (理由： <input 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 type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
	施設名*	入所期間*	園において使用していた氏名		
		(入所日～平成8年(1996年)3月31日の間)			
	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	(※遺族が受け取った場合も☑)		提訴裁判所名	原告番号
		損害賠償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
		和解一時金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明		
		補償金*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受付番号	
	給与金等*	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	受給者番号		
ハンセン病の発病の診断を受けた時期*		年・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				
ハンセン病歴のある方と関係があった期間*					
請求者から見たハンセン病歴のある方の続柄		期間			
		年 月 日～ 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 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*		年 月 日～ 年 月 日			
(親・子、配偶者、兄弟姉妹についての請求の場合、記載不要)		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)

添付書類等チェックシート (ハンセン病元患者家族補償金申請用)

ハンセン病元患者家族補償金の請求に関して、下記の請求者について、請求書、添付書類を提出します。

請求者情報	ふりがな		生年月日	
	氏名			
	住所			
	請求年月日			

- ※ 各添付書類の左上に添付書類番号を記載してください(順不同)。
 ※ 添付している書類欄にチェックするとともに、添付書類の種類、添付書類番号を記入してください。
 ※ 書類の入手方法等については、厚生労働省ホームページに掲載しているQ&A (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/kenkou/hansen/index.html) を参照してください。Q&Aは、ご自宅等に郵送することも可能です。厚生労働省の補償金相談窓口にご相談してください。

添付書類番号	書類の種類	チェック	備考
1. 基礎資料			
	① 請求書 (様式1及び様式2)		必ず提出 してください。
	①-1 委任状 又は成年後見人であることを証明する書類 ※ 詳しくは、Q&AのQ12～Q15 を参照してください。		請求者本人以外の方が請求書を作成する場合は、 必ず提出 してください。
2. 添付資料			
	② 住民票の写し (請求者の氏名・性別・生年月日・ 住所を確認できる書類) ※ 「住民票の写し」のコピーではなく、「住民票の写し」の 原本を提出してください(専用の紙に印字されたもの)。 詳しくは、Q&AのQ17を参照してください。		必ず提出 してください。
	②-1 戸籍の附票の写し(請求者分) ※ 住民票同様、コピーしたものは無効です。 詳しくは、Q&AのQ23-1、Q23-2、Q35 を参照してください。		必ず提出 してください。 ※ 本籍・筆頭者の氏名は表示すること。 ※ 住所等を証明したい時期に本籍を置いていた市町村に書類が現存していない場合は、その旨「厚生労働省への伝達事項」欄に記載してください。
	②-2 戸籍の附票の写し (ハンセン病歴のある方分)		
(1) 請求者の家族であったことがある者に関する書類			
	④ ハンセン病療養所の 在園証明書・退所証明書等 ※ 取得方法等について、詳しくは、 Q&AのQ25を参照してください。		ハンセン病歴のある方に、療養所入所歴がある場合は、 必ず提出 してください。
	③ 補償金・賠償金・和解金・給与金等の 支給を受けたことを証明する書類		ハンセン病歴のある方に療養所入所歴がない場合は、③・⑤のいずれかを 必ず提出 してください。
	⑤ 診断書、診療録等		
	⑥ 個人情報の取扱いに 関する同意書(様式4)		③～⑤のいずれかを提出する場合は、 提出不要 です。 ③～⑤のいずれも提出できない場合で、ハンセン病歴のある方が御存命の場合は⑥を、既にお亡くなりになっている場合は⑦を、 必ず提出 してください。
	⑦ ハンセン病歴のある方が死亡した 事実を証明する書類		

(次ページにお進みください)

添付書類 番号	書類の種類	チェック	備考
(2) 請求者及び請求者の家族の関係に関する書類			
	⑨ 戸籍謄本 ※ 「請求者とハンセン病歴のある方に請求書に記載の関係があることを確認できるもの」を提出してください。		必ず提出 してください。 ※ 戸籍により家族関係を提出できない場合も提出してください。 ※ 請求者の情報が搭載されている「現在」の戸籍では、請求者とハンセン病歴のある家族の関係を証明できない場合があります。詳しくは、Q&AのQ29-1を参照してください。
	⑩ 家族関係(事実婚関係を除く)に関する申立書(様式5)		戸籍により家族関係を証明できる場合は、 提出不要 です。戸籍により家族関係を証明できない場合は 必ず提出 してください。 ※ ⑩・⑪は必須。⑪を提出できない場合は、⑫を提出してください。 ※ 詳しくは、Q&AのQ32参照してください。
	⑪ 公的機関が発行した書類(事実婚関係以外)		
	⑫ その他家族関係の確認に参考になる書類		
	⑭ 事実婚関係に関する申立書(様式6)		戸籍により家族関係を証明できる場合は 提出不要 です。証明したい関係に、事実婚関係が含まれる場合は 必ず提出 してください。 ※ ⑭・⑮は必須。⑮を提出できない場合は、⑯を提出してください。 ※ 詳しくは、Q&AのQ33を参照してください。
	⑮ 同一世帯に属していたことを証明する住民票の写し		
	⑯ その他事実婚関係に関し参考になる書類		
	⑰ 同居に関する申立書(様式7)		次の場合は提出不要です。 ・ハンセン病歴のある方が、請求者の<親・子・配偶者・兄弟姉妹>である場合 ・ハンセン病歴のある方が、請求者の<親・子・配偶者・兄弟姉妹>以外の者であり、②-1、②-2の両方を提出できる場合 それ以外の場合は 必ず提出 してください。 ※ 詳しくは、Q&AのQ23-1、Q23-2、Q35を参照してください。
	⑱ 同居の確認に関し参考になる書類		
(3) その他			
	⑳ 振込みを希望する金融機関の名称及び口座番号を明らかにする書類		必ず提出 してください。 ※ 弁護士等で、本人以外の名義の口座を振込先に指定する方は、別途、弁護士資格を証明する書類を提出してください。
	㉑ 添付書類の日本語訳		必ず提出 してください(外国語で作成された添付書類がある場合のみ)。

＜厚生労働省への伝達事項＞

提出必須とされている書類について提出できない特別な事情(※1)がある場合は、下の欄にその旨記載してください。

※1 保存年限超過により、文書を保有している市町村等で文書が廃棄されてしまっていたなど。

※2 以下の欄をあらかじめ記載いただくことにより、**認定までに要する時間が短くなる可能性があります。**

※3 必要な書類が未提出である理由が記載されていない場合、厚生労働省から確認の連絡をいたします。

連絡がつかない場合、**認定までに要する時間が長くなる可能性があります。**

個人情報取扱いに関する同意書
(ハンセン病元患者家族補償金申請用)

令和 年 月 日

私(甲)は、乙が請求するハンセン病元患者家族補償金の審査・認定に当たって、厚生労働省(同省に置かれたハンセン病元患者家族補償金認定審査会を含む。)が下記に関する私(甲)の個人情報を利用することに同意します。

記

- 厚生労働大臣が現に保有する甲のハンセン病歴又はハンセン病療養所入所歴に関する情報 ...①

※ 具体的には次の情報です。

- ・ ハンセン病歴のある方やその遺族・相続人に対して支払われた損害賠償金、和解一時金、補償金(ハンセン病療養所入所者等に対する支給等に関する法律に基づくもの)に関する情報
- ・ ハンセン病問題の解決の促進に関する法律に基づく退所者給与金、非入所者給与金に関する情報
- ・ 国立ハンセン病療養所が保有する入所歴又はハンセン病歴に関する情報

※ ①にチェックした場合は、裁判上の和解の際に和解条項において「和解の存在び内容を口外しない」とされている場合であっても、甲の個人情報を乙の申請の審査・認定に使用します。

- 厚生労働大臣が現に保有する甲と乙の家族関係に関する情報 ...②

- 医療機関(私立ハンセン病療養所を含む。)が現に保有する甲のハンセン病歴又は私立ハンセン病療養所入所歴に関する情報 ...③

- 医療機関(私立ハンセン病療養所を含む。)が現に保有する甲と乙の家族関係に関する情報 ...④

※ ③、④にチェックした場合、厚生労働省から医療機関に甲のハンセン病歴又はハンセン病療養所入所歴や甲と乙の家族関係について調査を依頼することがあります。

(該当する項目にチェック。複数項目にチェック可。)

甲	(ハンセン病歴のある方の署名) ※ 甲の署名は、原則として甲本人が自署してください。
乙	<input type="checkbox"/> 今回の請求者(次の者)のみ (請求者の氏名) <input type="checkbox"/> 補償金の対象である以下の者全て <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> ○親、子、兄弟姉妹、祖父母、孫、曾祖父母、ひ孫、おじ・おば、おい・めい <それ以外の方> ○配偶者、親・子の配偶者、配偶者の親・子 ○兄弟姉妹・祖父母・孫の配偶者、配偶者の兄弟姉妹・祖父母・孫

(注意事項)

- ・ 必ず、甲本人に本同意書の趣旨を説明の上、同意を得てください。
- ・ ハンセン病歴のある方が既に亡くなっている場合、本同意書ではなく、その方の死亡を証明する書類を提出してください。
- ・ 甲の署名は、原則として甲本人が自署してください。身体上の障害等により甲が自署することができない等のやむを得ない場合には、口頭で甲の同意を得た上で、甲の氏名及び代筆した者の氏名を記載してください。(例:「厚生一郎(代筆 厚生太郎)」)
- ・ なお、甲本人の同意を得ずに、乙が甲欄の署名を行うなど、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)

家族関係に関する申立書 (ハンセン病元患者家族補償金申請用)

※ 事実婚関係の証明には、「事実婚関係に関する申立書」(様式6)を使用してください。

1 当時の関係についての申立

※ 記載例を参考に、(1)、(2)のいずれかの欄を埋めてください。

(1) 親子関係を戸籍により証明できない場合

戸籍上、私 (2) は (1) の

(1) ① ですが、血縁上は (2) ② ③ です。

そのため、私は、①の者の③として補償金を請求します。

(2) 親子関係以外の関係(※)を戸籍により証明できない場合

※ 兄弟姉妹同士、祖父母と孫、おじ・おばとめい・おい、曾祖父母とひ孫等

戸籍上、 (1) ① は私 (2) ② の

(3) ③ (4) ④ の (5) ⑤ ですが、

血縁上は、②の者の (6) ⑥ です。仮に、①の者と②の者の戸籍上の

関係が血縁上の関係どおりであった場合、私は①の者の (7) ⑦ です。

そのため、私は、①の者の④として補償金を請求します。

(次ページにお進みください)

2

①の者と②の者について、請求書に記載の関係であることを証明できない理由

(1) ①の者と②の者の関係について（※②の者の生い立ち等も含めて記載してください。）

(2) ①の者と②の者について、血縁上の関係と異なる関係が戸籍に搭載されている理由について

(3) 備考（※補足説明をしたい事項がある場合のみ、記載してください。）

(次ページにお進みください)

3

第三者による証明欄

(※①の者と②の者に③の関係があることに関して公的機関が発行した書類を提出することができない場合のみ)

<証言1>

上記①の者と②の者の関係について、私が把握している事実は、次のとおりです。

(1) ①の者と②の者の関係について (※②の者の生い立ち等も含めて記載してください。)

(2) ①の者と②の者について、血縁上の関係と異なる関係が戸籍に搭載されている理由について

(3) 備考 (※補足説明をしたい事項がある場合のみ、記載してください。)

(1) ~ (3) の証言に虚偽はありません。

氏名 _____ 住所 _____

(次ページにお進みください)

<証言2>

上記①の者と②の者の関係について、私が把握している事実は、次のとおりです。

- (1) ①の者と②の者の関係について（※②の者の生い立ち等も含めて記載してください。）

- (2) ①の者と②の者について、血縁上の関係と異なる関係が戸籍に搭載されている理由について

- (3) 備考（※補足説明をしたい事項がある場合のみ、記載してください。）

(1)～(3)の証言に虚偽はありません。

氏名 _____ 住所 _____

厚生労働大臣 殿

事実婚関係に関する申立書 (ハンセン病元患者家族補償金申請用)

1 婚姻の意思を有し、夫婦として共同生活を営んでいたことについての申立

下記①の者と下記②の者は、戸籍上の婚姻関係にはありませんが、当時婚姻の意思があり、③の期間において、夫婦としての共同生活を営んでいました。

① 氏名 _____ 住所 _____
② 氏名 _____ 住所 _____

③ 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃
～ 明治・大正・昭和・平成・令和・請求日現在 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃

2 同居についての申立

上記①の者と上記②の者は、次の期間において、同居していました。

明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃
～ 明治・大正・昭和・平成・令和・請求日現在 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃

3 別居についての申立

上記①の者と上記②の者は、夫婦としての共同生活を営んでいた期間のうち、次の期間においては、別居していましたが、その理由は次のとおりです。

明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃
～ 明治・大正・昭和・平成・令和・請求日現在 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃

<上記期間に別居していた理由>

4 備考 (※補足説明をしたい事項がある場合のみ、記載してください。)

(次ページにお進みください)

4 第三者による証言

<証言1>

(※該当する証言にチェック)

- 婚姻の意思に関する証言 別居の理由に関する証言
 夫婦として共同生活を営んでいたことに関する証言

上記①の者と②の者の関係について、私が把握している事実は、次のとおりです。また、私は上記①及び②の者の民法上の三親等内の親族ではなく、次の証言に虚偽はありません。

氏名 _____

住所 _____

<証言2>

(※該当する証言にチェック)

- 婚姻の意思に関する証言 別居の理由に関する証言
 夫婦として共同生活を営んでいたことに関する証言

上記①の者と②の者の関係について、私が把握している事実は、次のとおりです。また、私は上記①及び②の者の民法上の三親等内の親族ではなく、次の証言に虚偽はありません。

氏名 _____

住所 _____

<証言3>

(※該当する証言にチェック)

- 婚姻の意思に関する証言 別居の理由に関する証言
 夫婦として共同生活を営んでいたことに関する証言

上記①の者と②の者の関係について、私が把握している事実は、次のとおりです。また、私は上記①及び②の者の民法上の三親等内の親族ではなく、次の証言に虚偽はありません。

氏名 _____

住所 _____

同居に関する申立書 (ハンセン病元患者家族補償金申請用)

1 同居についての申立

下記①の者と下記②の者は、③の期間において、同じ住所(④)で生活していました。

- ① 氏名 _____ (ハンセン病歴のある方)
- ② 氏名 _____ (請求者)
- ③ 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃
～ 明治・大正・昭和・平成・令和・請求日現在 _____ 年 _____ 月 _____ 日・頃
- ④ 住所 _____
- ⑤ 提出資料に関する説明

資料 _____

資料 _____

資料 _____

資料 _____

資料 _____

2 同居が短期間であった理由(同居が1年未満であった場合のみ)

上記①の者と上記②の同居が短期間であった理由は、以下のとおりです。

<同居が短期間であった理由>

(次ページにお進みください)

3 第三者による証明欄

<証言1>

上記①の者と②の者の同居について、私が把握している事実は、次のとおりです。また、私は上記①及び②の者の民法上の三親等内の親族ではなく、次の証言に虚偽がないことを誓約します。

氏名 _____ 住所 _____

<証言2>

上記①の者と②の者の同居について、私が把握している事実は、次のとおりです。また、私は上記①及び②の者の民法上の三親等内の親族ではなく、次の証言に虚偽がないことを誓約します。

氏名 _____ 住所 _____

4 備考

支払未済の補償金の支給申出書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律の補償金のうち、支払未済の補償金の支給を申し出ます。

申出者（代表者）は、ハンセン病元患者家族に対する補償金の支給等に関する法律（令和元年法律第55号。以下「法」という。）第10条第1項の遺族又は同項の相続人（以下「遺族等」という。）であり、先順位である遺族等（※1）は存在しません。また、申出者（代表者）の他に同順位である遺族等がいる場合は、次の※2の内容について了承します。

年 月 日

※ 支給申出前に必ず確認してください ※

以下の内容を確認し、□にチェック(✓)してください。

<※1について>

- 法第10条第1項において、補償金を受けるべき者の順位は、①遺族（ハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていた配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹）、②相続人の順とされています。
- 法第10条第2項において、補償金を受けるべき遺族の順位は、配偶者、子、父母、孫、祖父母、兄弟姉妹の順とされています。
- ハンセン病元患者家族の配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹が仮にハンセン病元家族の死亡の当時にその者と生計を同じくしていたと仮定した場合において、申出者より先順位である者（以下「先順位候補者」という。）が存在するときには、申出者（代表者）が先順位候補者であってハンセン病元患者家族の死亡時にその者と生計を同じくしていたものがないことを確認した上で支給申出を行ってください。（※ 補償金の支給後、申出者よりも先順位の者がいることが判明した場合には、貴方に対して補償金相当額の返還を求めることになります。）

<※2について>

- 支払未済の補償金の支給を受けるべき同順位の者が2名以上いるときは（例：子が2人）、その全額をその一人に支給することとしています。この場合において、その一人にした支給は、全員に対してしたものとみなされます。

1. 申出者（代表者）の情報

※ 申出書は、申出者（「申出者（代表者）氏名」の欄に氏名が記載されている方）が記載してください。申出者以外の方が申出書を記載する場合は、委任状を提出してください（詳しくは、Q&Aを参照）。

ふりがな		性別	生年月日
申出者 （代表者） 氏名		男・女	（明治・大正・昭和・平成・西暦） 年 月 日
申出者 （代表者）の 住所又は 居所	〒 ー 都・道 府・県		
	電話番号 ()	メールアドレス @	
申出者 （代表者）の 同順位者	氏名	生年月日	ハンセン病元患者家族から見た続柄

（次ページにお進みください）

2. 問合せの際に希望する連絡先

※ 厚生労働省からの問合せの際に申出者(代表者)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		申出者(代表者) との関係	
氏名			
住所	〒 ー 都・道 府・県 電話番号 ()	メールアドレス	@

3. 認定／不認定決定通知書及び補償金支払通知の送付先

※ 「1. 申出者(代表者)の情報」に記載の住所以外への送付を希望する場合は記入してください。

ふりがな		通知先	〒 ー 都・道 府・県
宛名			

4. ハンセン病元患者家族の情報

ふりがな		性別	生年月日
元患者家族の 氏名		男・女	(明治・大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
元患者家族の 死亡時の 住所又は居所	〒 ー 都・道 府・県		
元患者家族から 見た申出者 (代表者)の 続柄		元患者家族の 死亡年月日	令和 年 月 日

5. 振り込みを希望する金融口座

※ 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。

※ 原則本人名義の口座又は弁護士若しくは司法書士の預かり金口座を記載してください。これ以外の口座への振込を希望する場合は、厚生労働省に相談してください。預り金口座を指定する場合は、資格を有することを証明する書類を提出してください。

名称	銀行・信用金庫 その他 ()		預金種目		金融機関コード	
	本店・支所 支店・出張所		普通・当座・貯蓄	支店コード	口座番号(右詰で記載)	
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。					

<申出書の添付書類について>

申出書には、次に掲げる書類を添付してください。日本語で作成されていない添付書類がある場合は、当該書類に日本語の翻訳文を添付してください。

- ① 住民票の写しその他の申出をする者の氏名、性別、生年月日及び住所又は居所を証明することができる書類
- ② ハンセン病元患者家族の死亡の事実及び死亡年月日を証明することができる書類
- ③ 申出をする者が法第十条第一項の遺族(次条において「遺族」という。)である場合にあっては、次に掲げる書類
ア 申出をする者とハンセン病元患者家族との身分関係を証明することができる書類
イ 申出をする者がハンセン病元患者家族の死亡の当時その者と生計を同じくしていたことを証明することができる書類
- ④ 申出をする者が相続人である場合にあっては、相続人であることを証明することができる書類
- ⑤ 前項第四号の金融機関の名称及び口座番号を明らかにすることができる書類

(注意) 故意に虚偽の内容を記載する等の不正の手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、詐欺罪として処罰に処せられることがあります。

厚生労働大臣 殿