

支払未済の一時金の支給申出書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、旧優生保護法に基づく優生手術等を受けた者に対する一時金の支給等に関する法律の一時金のうち、支払未済の一時金の支給を申し出ます。

年 月 日 申出者氏名

1. 申出者の情報

ふりがな		性別	生年月日
申出者氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
申出者住所	〒 ー 都・道 府・県		(電話番号) ()

2. 優生手術等を受けた者の情報

ふりがな		性別	生年月日
手術等を受けた者の氏名		男・女	(大正・昭和・平成・西暦) 年 月 日
手術等を受けた者の住所	〒 ー 都・道 府・県		
手術等を受けた者と申出者の関係		手術等を受けた者の死亡年月日	令和 年 月 日

3. 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。

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(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。		