

平成31年4月26日

F A X 連 絡 書**障害者の生活保障を要求する連絡会議 御中**

Fax : 03-5282-0017

全枚数 (本票を含む) : 8枚

件名 : 「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」の施行にあたって (協力依頼)

平素より東京都の福祉保健行政の推進につきましては、多大な御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

今般、「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」が施行されましたことに伴い、東京都において、一時金受付・相談窓口を開設しております。

つきましては、貴団体に、手術を受けた方から問い合わせ等があった場合には、「旧優生保護法一時金受付・相談窓口 (電話03-5320-4206)」をご案内頂きますようお願いいたします。

また、東京都で作成しましたリーフレット及び一時金等請求に係る各種申請様式を参考添付いたしますとともに、後日、ポスター及びリーフレットを貴団体に送付しますので、周知のご協力をお願いします。

以上、何卒よろしくお願い申し上げます。

<東京都福祉保健局ホームページ>

「旧優生保護法一時金受付・相談窓口を開設します」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/shisaku/kyuuyuusei_hogohou/uketuke.html

東京都福祉保健局総務部企画政策課

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

TEL : 03-5320-4201 / FAX : 03-5388-1401

31 福保総企画第85号

平成31年4月26日

各障害者団体代表者 殿

東京都福祉保健局長

内 藤 淳

(公 印 省 略)

「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
施行にあたって（協力依頼）

平素より東京都の福祉保健行政の推進につきましては、多大な御協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

今般、「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」が施行されました。つきましては、貴団体に手術を受けた方から、問い合わせ等があった場合には、「旧優生保護法一時金受付・相談窓口（電話03-5320-4206）」をご案内頂きますようお願いいたします。

また、後日、ポスター及びリーフレットを貴団体に送付しますので、周知のご協力をお願いいたします。

【担当】

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1都庁第一本庁舎27階中央

東京都福祉保健局総務部企画政策課

電話：03-5320-4201

旧優生保護法による優生手術などを受けた方へ

- 平成31年4月24日に、議員立法により「旧優生保護法一時金支給法（以下「法」という）」が成立し、公布・施行されました。
- 法の前文では、旧優生保護法の下、多くの方々が、生殖を不能にする手術・放射線の照射を受けることを強いられ、心身に多大な苦痛を受けてきたことに対して、我々は、それぞれの立場において、真摯に反省し、心から深くおわびする旨が述べられています。
- 法に基づき、優生手術などを受けた方に一時金を支給いたします。

1. 一時金の対象となる方について

以下の①または②に該当する方で、現在、生存されている方が対象となります。

- ① 昭和23年9月11日から平成8年9月25日までの間に、旧優生保護法に基づき優生手術を受けた方（母体保護のみを理由として手術を受けた方は除きます）
- ② ①のほか、同じ期間に生殖を不能にする手術または放射線の照射を受けた方（母体保護や疾病の治療を目的とするなど、優生思想に基づくものでないことが明らかな手術などを受けた方を除きます）

2. 一時金の請求手続きについて

- ・お住まいの都道府県の窓口で請求書を提出してください（郵送による提出も可能です）。
 - ・請求書や添付書類（診断書・領収書）の様式は、厚生労働省のホームページに掲載しているほか、都道府県のホームページや窓口などでも入手できます。
 - ・請求期限は、平成31年4月24日（法律の施行日）から5年以内です。
- ※ 請求書の記載事項や添付書類については裏面をご覧ください。

3. 一時金の金額

- ・一時金の額は、320万円（一律）です。
- ・支給決定後、ご指定の金融機関の口座に独立行政法人福祉医療機構から振り込まれます。

4. お問い合わせ先

<東京都旧優生保護法一時金受付・相談窓口>

電話番号 03-5320-4206（専用）

FAX番号 03-5388-1401

受付時間 9:00～17:00（月曜日から金曜日。土日祝日、年末年始を除く。）

所在地 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号東京都庁第一本庁舎27階中央福祉保健局総務部企画政策課内



<厚生労働省 旧優生保護法一時金電話相談窓口>

電話番号 03-3595-2575

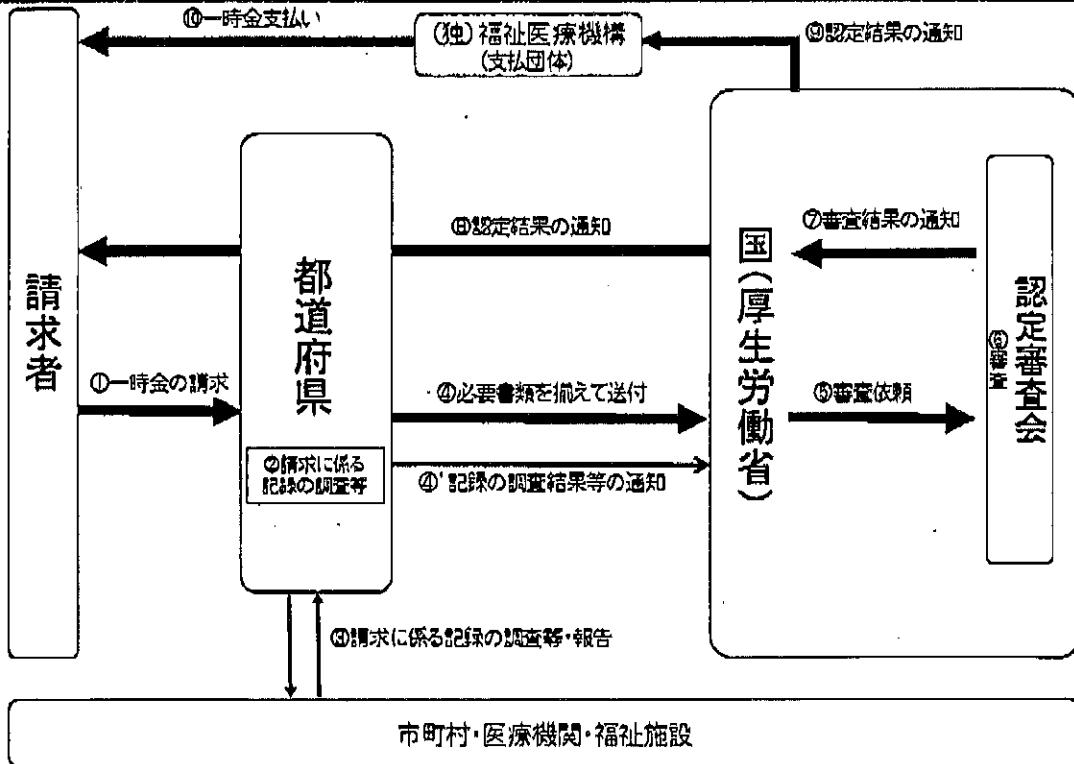
受付時間 9:30～18:00（月曜日から金曜日。土日祝日、年末年始を除く。）



請求書の記載事項や添付書類について

- 請求書には、様式に沿って、優生手術などを受けた医療機関の名称及び所在地、手術などを受けた年月日（時期）、手術などを受けるに至った経緯などを記載して下さい。
- 請求書を提出する際には、以下の資料を添付してください。
 - ・住民票の写しなど請求者の氏名、住所又は居所を証明する書類
 - ・優生手術などを受けたかどうかについての医師の診断の結果が記載された診断書
 - ・上記の診断書の作成に要する費用が記載された領収書など（一時金の支給が認められた場合、診断書作成費用が支給されます）
 - ・一時金の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ことができる書類（通帳やキャッシュカードの写しなど）
 - ・その他請求に係る事実を証明する資料（例：障害者手帳、戸籍謄本、関係者の陳述書、都道府県や医療機関等から入手した優生手術等の実施に関する書類など）

一時金支給手続の流れ(イメージ)



※ 上記の流れは、現在居住している都道府県内で手術を受けていた場合、現在居住している都道府県以外で手術を受けていた場合は、請求は、現在居住している都道府県に対して行われ、調査等については、国(厚生労働省)からの通知を受けて、手術を受けていた都道府県が実施。
 ※ 請求者が、記録等により一時金の支給対象者に該当することを確認できる場合には、⑤～⑦は省略。

(様式1)

旧優生保護法一時金支給請求書

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による一時金の支給を請求します。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 請求者の情報

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

2. 問い合わせの際に希望する連絡先

※都道府県等からの問い合わ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	〒 都・道 府・県 (電話番号) ()		

3. 振り込みを希望する金融口座

※認定がされた場合、下記の口座に一時金が支払われます。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。

※請求者本人以外の者を口座名義人とする場合は、委任状を添付してください。

名称	銀行・信用金庫 その他 ()	預金種目		金融機関コード
		普通・当座・貯蓄		
		支店コード	口座番号	
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。			

4. 優生手術等を受けた当時の氏名

手術等を受けた当時の氏名と現在のお名前は同じですか。

同じ

違う (当時の氏名)

(次ページにお進みください)

5. 優生手術等を受けた当時の状況

※過去の記録の発見・特定や、一時金支給の認定のために必要です。□（チェック欄）がある場合には、該当するものに✓を記入してください。また、可能な限り、詳細に記載してください。不明な場合は、分かる範囲で記載してください。

(1) 優生手術等を受けた時期・場所

① 手術等を受けたのはいつか分かりますか。

わかる (昭和・平成 年 月 日)

わからない (おおよその時期もしくは年齢: (項))

② 手術等を受けた医療機関は分かりますか。

わかる (名称:) (所在地:)

わからない

(おおよその場所など記憶していることがあれば記載してください。)

(2) 手術等を受けた当時の状況

① 手術等を受けた当時、どこで暮らしていましたか。

自宅にいた (自宅の所在地:)

医療機関に入院していた・福祉施設を利用していた

→ (施設名:) (所在地:)

(3) 優生手術等を受けた理由・経緯

※この欄に収まらない場合は、別紙をつけてください。優生手術等を受けた理由・経緯以外にも、認定にあたって参考になる情報があればこの欄に記載してください。

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、あなたが受けた優生手術等に関する記録等を確認するため、「5. 優生手術等を受けた当時の状況」の欄に記載された医療機関や施設などに提供する場合があります。

上記について説明を受けました。

(2) 旧優生保護法一時金支給法においては、国（国会）は、旧優生保護法に基づく優生手術等に関する調査を実施することとされています。この請求書に記載された内容や医療機関、福祉施設などで確認されたあなたの記録の内容について、調査のために提供依頼があった際には、住所や氏名を特定されない形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。

(以上)

(様式2)

旧優生保護法一時金支給請求に係る診断書

1. 請求者情報

ふりがな		性別	生年月日
請求者 氏名		男・女	(大正・昭和・西暦) 年 月 日
請求者 住所	〒 都 道 府 県		

2. 既往歴

(有・無)

3. 自覚症状

(有・無)

4. 手術痕

	男性	女性
手術痕の 位置 (図 示)		
位置や 長さ	(位置) (長さ)	(位置) (長さ)

5. 備考欄

--

※記入欄に書き切れない場合は、別紙にご記入いただき、添付してください。

医療機関名

記載日時

年

月

日

住所

担当医師

印

(様式3)

旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料等支給申請書

厚生労働大臣 殿

下記のとおり、旧優生保護法一時金支給請求に関する診断書作成料及び診断料の支給を受けたいので、申請します。

年 月 日 請求者氏名 印

1. 請求者の情報

チェック欄

※ 旧優生保護法一時金支給請求書の「1. 請求者の情報」と同一場合は、右のチェック欄に していただき、

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

2. 請求額の情報

チェック欄

診断書作成料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額が5,000円を超える場合は5,000円）について、支給を請求します。また、診断料として、「4. 領収書欄」に記載がある額（その額の上限は健康保険の診療方針及び診療報酬の例によります）について、支給を申請します。

※ よろしければ、右のチェック欄に していただき、
※※ 診断料は診療報酬点数表における初診料の所定点数相当額（平成31年4月1日時点の診療報酬点数表では2,820円）まで公費負担の対象となります。

3. 振り込みを希望する金融口座

チェック欄

※ 旧優生保護法に基づく優生手術等を受けたことに対する一時金支給請求書の「3. 振り込みを希望する金融口座」と同一の場合は、右のチェック欄に していただき、

名称	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		
	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	※フリガナは、濁点・半濁点も1文字として記載ください。			
口座名義				

4. 領収書欄 (医療機関において記載してください)

領収書	
診断書作成料 金	円
診断料 金	円
年 月 日	医療機関名
	代表者氏名

印

※診断料は、医療保険適用外の問診等を行った場合のみ記載してください。