

別記第七十四号の二様式（第五十五条関係）

日本国政府法務省

| 難 民 ・ 補 完 的 保 護 対 象 者 認 定 申 請 書（再申請用）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------|-----|-------|----------------------------------------------------------|--|-------|-----------|-----|-----------------------------|--|-----------------------------|--|--|-------|-----------|--------------|-----------------------------|--|-----------------------------|--|
| 法 務 大 臣 殿                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| <p>私は、</p> <p><input type="checkbox"/> ①難民認定申請（出入国管理及び難民認定法第61条の2第1項の申請）</p> <p><input type="checkbox"/> ②補完的保護対象者認定申請（出入国管理及び難民認定法第61条の2第2項の申請）</p> <p>を行うものとして、本申請書を提出します。</p> <p>※上記のうち、<u>どちらか一つ</u>にチェックをしてください。</p> <p>①の申請をした場合には、難民の該当性及び補完的保護対象者の該当性について判断されます。</p> <p>②の申請をした場合には、補完的保護対象者の該当性のみが判断され、難民の該当性については判断されません。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                              |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                              |           |     | 性 別   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 生年月日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | (年)                                                          | (月)       | (日) | 現在の職業 |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 国籍・地域（又は常居所を有していた国名）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 灰色                                                           |           |     | 出生地   |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 住居地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 本人<br><input type="checkbox"/> 本人以外 |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 連絡先（電話番号）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                              |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">所持の有無</th> <th style="width: 20%;">（ありの場合）番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">旅 券</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> あり</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div style="width: 45%;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;">所持の有無</th> <th style="width: 20%;">（ありの場合）名称</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">その他の所持する身分証等</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> あり</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> </div> |                                                              |           |     |       |                                                          |  | 所持の有無 | （ありの場合）番号 | 旅 券 | <input type="checkbox"/> なし |  | <input type="checkbox"/> あり |  |  | 所持の有無 | （ありの場合）名称 | その他の所持する身分証等 | <input type="checkbox"/> なし |  | <input type="checkbox"/> あり |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所持の有無                                                        | （ありの場合）番号 |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 旅 券                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> なし                                  |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり                                  |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 所持の有無                                                        | （ありの場合）名称 |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| その他の所持する身分証等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> なし                                  |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> あり                                  |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 官 用 欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                              |           |     |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |
| 灰色                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                              |           | 灰色  |       |                                                          |  |       |           |     |                             |  |                             |  |  |       |           |              |                             |  |                             |  |

（注）用紙の大きさは、日本産業規格A列4番とする。

**【注意事項】**

以下の注意事項をよく読んで上で質問に答えてください。  
読んだ注意事項には、チェック☑をしてください。

- ☐ この申請書には、あなたが主張したい事情を全て書いてください。
- ☐ 回答に当たっては、該当する欄にチェック☑をし、記入部分には、具体的かつ詳細に書いてください。
- ☐ この申請書に事実と反することを記載したり、虚偽の資料を提出した場合は、審査上不利を被ることがあります。
- ☐ 在留資格を有していない方による3回目以降の申請については、「難民の認定又は補完的保護対象者の認定を行うべき相当の理由がある資料」が提出されない限り、送還は停止されません。申請書のみ提出した場合も上記資料に該当するか否かの判断は行いますが、その他に特に提出すべきと考える資料等がある場合は、申請書と共に提出してください。

1 前回の難民・補完的保護対象者認定申請後、国籍、家族構成、来日前の居住歴、来日前の最終学歴、来日前の職歴、日本の出入国歴、海外渡航歴及び宗教（宗派）に変更はありますか。

- ☐ いいえ
- ☐ はい

→変更事項はどれですか。

- |                                 |                                  |                                  |                                   |
|---------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 国籍     | <input type="checkbox"/> 家族構成    | <input type="checkbox"/> 来日前の居住歴 | <input type="checkbox"/> 来日前の最終学歴 |
| <input type="checkbox"/> 来日前の職歴 | <input type="checkbox"/> 日本の出入国歴 | <input type="checkbox"/> 海外渡航歴   | <input type="checkbox"/> 宗教（宗派）   |

→変更内容を具体的に書いてください。

2 前回主張した迫害事情について、今回も引き続き主張しますか。

- ☐ はい
- ☐ いいえ

→「いいえ」と答えた場合は、その理由を具体的に書いてください。

3 今回は、新たに主張する迫害事情がありますか。

☐ ない → 4以降の質問に答えてください。

☐ ある

(1) 「新たな迫害事情」は、前回主張した迫害事情と関連するものですか。

☐ いいえ

☐ はい

(2) 「新たな迫害事情」が発生した時期は、いつですか。算用数字により西暦で書いてください。

(3) 「新たな迫害事情」をあなたが知った時期は、いつですか。算用数字により西暦で書いてください。

(4) 「新たな迫害事情」が発生した場所は、どこですか。

(5) 「新たな迫害事情」を前回の手続で主張できなかったのはなぜですか。

(6) 「新たな迫害事情」の内容を具体的に答えてください。

ア 迫害を受けたのは誰ですか。

☐ あなた自身

☐ あなたの家族・親族

☐ 上記以外（具体的に書いてください。）

イ 誰から迫害を受けましたか。

☐ 前回申請と同様

☐ 上記以外（具体的に書いてください。）

ウ どのような迫害を受けたのですか。

エ 迫害を受けたのは、なぜですか。

☐ 前回申請で主張した理由と同様

☐ 上記以外（具体的に書いてください。）

オ 迫害と関係する本国情勢に大きな変化があった場合、それを具体的に書いてください。

（7）あなたが本国に帰国した場合、誰から、どのようなことをされるおそれがありますか。

☐ 前回申請と同様

☐ 上記以外（以下に具体的に書いてください。）

ア 誰から

☐ 国家機関 （名称等 \_\_\_\_\_）

☐ 上記以外 （名称等 \_\_\_\_\_）

イ どのようなことをされるおそれがありますか。

4 今回、新たに提出する資料はありますか。

☐ ない

☐ ある

→「ある」と答えた場合は、その資料の内容を具体的に書いてください。

| 資料名 | 内 容 | 前回までに提出できなかった理由 | 提出予定時期 |
|-----|-----|-----------------|--------|
|     |     |                 |        |

灰色

5 現在の健康状態はどうですか。

☐ 良好

☐ 不良

(1) 具体的な病名・症状を記載してください。

(2) 通院や医師による治療を受けていますか。

☐ はい

☐ いいえ

6 難民調査官のインタビューを希望しますか。

☐ はい

☐ いいえ

「はい」と答えた場合は、難民調査官がインタビューする際に通訳は必要ですか。

☐ はい → (1) 及び (2) を回答してください。

☐ いいえ → (2) を回答してください。

(1) 通訳は何語を希望しますか。

\_\_\_\_\_ 語

(2) その他インタビューに関して希望する事項があれば、理由とともに書いてください。  
(例：難民調査官や通訳人の性別、通訳人の国籍)

記載した内容に誤りがない場合には、以下にチェックをしてください。

☐ 申請書に記載した内容はすべて理解しており、誤りはありません。

本件申請書を代理人（注）が記載した場合には、以下の項目について記載してください。

（注）外国人が16歳に満たない者であるとき又は疾病その他の事由により自ら出頭できないときは、当該申請者の父、母、配偶者、子、又は親族が申請者に代わって申請することができます。

（記載・作成した人の氏名）

（申請者との関係）

申請者（代理人）の署名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日