

## 予防接種健康被害救済制度

## 障害年金請求書

|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|--|--|--------------|--------------|-------|--|
| ①<br>個 人 番 号                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ②<br>ふりがな<br>氏 名                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div style="border-bottom: 1px dashed black; width: 100%;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  | 男女           | ③<br>生 年 月 日 | 年 月 日 |  |
| ④<br>現 住 所                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  | ⑤<br>世帯主氏名   |              | 続柄    |  |
| 受 け た<br>予防接種                                                                                                                                                                                   | ⑥<br>種 類                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  | ⑦<br>実施年月日   | 年 月 日        |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 | ⑧<br>実施者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  | ⑨<br>実 施 場 所 |              |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 | ⑩<br>居住地                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑪<br>当該疾病につき<br>初めて診療を<br>受けた年月日                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  | ⑫<br>初めて診療を受<br>けた医療機関の<br>名称及び所在地 |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑬<br>経過及び障害の<br>現 況                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑭<br>障害該当年月日                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑮<br>施設収容の有無<br>及び施設名                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>有 ・ 無</span> <span>期 間</span> <span>年 月から 年 月まで</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span></span> <span>施設名</span> <span></span> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑯<br>特 別 児 童 扶 養<br>手 当 ・ 障 害 児<br>福 祉 手 当 ・ 特<br>別 障 害 者 手 当 ・<br>福 祉 手 当 又 は<br>障 害 基 礎 年 金<br>の 受 給 の 有 無                                                                                    | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>特別児童扶養手当</span> <span>有</span> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月から</span> <span>級</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>月額</span> <span>円</span> </div> </div> <span>・ 無</span> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>障害児福祉手当</span> <span>有</span> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月から</span> <span>級</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>月額</span> <span>円</span> </div> </div> <span>・ 無</span> </div>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>特別障害者手当</span> <span>有</span> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月から</span> <span>級</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>月額</span> <span>円</span> </div> </div> <span>・ 無</span> </div>  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>福祉手当</span> <span>有</span> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>年 月から</span> <span>級</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>月額</span> <span>円</span> </div> </div> <span>・ 無</span> </div>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 年金証書の記号番号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑰<br>後遺症一時金の<br>受 給 の 有 無                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>有</span> <div style="border-left: 2px solid black; border-right: 2px solid black; padding: 0 10px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>受給年月日</span> <span>年 月 日</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>等 級</span> <span>級</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>受 給 額</span> <span>円</span> </div> </div> <span>・ 無</span> </div> |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| <p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名</p> <p style="text-align: center;">市 町 村 長 殿</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |
| ⑱<br>同 意 欄                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |                                    |  |  |  |  |  |              |              |       |  |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
  - (1) 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
  - (2) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
  - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、( )の中にその医療機関の名称を記入してください。
  - (4) 「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
  - (5) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
6. ⑬の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. ⑮の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
9. ⑯の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当(20歳未満)、障害児福祉手当(20歳未満)、特別障害者手当(20歳以上)、福祉手当(20歳以上)又は国民年金法の規定による障害基礎年金(20歳以上)の受給の有無について、記入してください。

また、これらの支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を、障害基礎年金の支給を受けているときは、その年金証書の記号番号を記入してください。
10. ⑰の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。

また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。
11. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。