

【記入例】

様式5

予防接種健康被害救済制度
障害年金請求書

① 個人番号	記入不要		
② ふりがな 氏名	なごや たろう 名古屋 太郎	③ 生年月日	昭和●●年 ●月 ●日
④ 現住所	愛知県名古屋市●区●●町●-●	⑤ 世帯主氏名	名古屋 太郎 続柄 本人
受けた 予防接種	⑥ 種類	⑦ 実施年月日	令和●年 ●月 ●日
	⑧ 実施者	⑨ 実施場所	●●病院
	⑩ 居住地	愛知県名古屋市●区●●町●-●	
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日	令和●年 ●月 ●日	⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地	●●病院 愛知県名古屋市●区 ●●町●-●
⑬ 経過及び障害の 現況	(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)		
⑭ 障害該当年月日	令和●年 ●月 ●日		
⑮ 施設収容の有無 及び施設名	有 期間 年 月から 年 月まで ・ 施設名 無		
⑯ 特別児童扶養 手当・障害児 福祉手当、特 別障害者手当、 福祉手当又は 障害基礎年金 の受給の有無	特別児童扶養手当	有	〔 年 月から 級 円 〕 ・ 無 月額
	障害児福祉手当	有	〔 年 月から 級 円 〕 ・ 無 月額
	特別障害者手当	有	
	福祉手当又は 障害基礎年金	有	〔 年 月から 級 円 〕 ・ 無 月額
年金証書の記号番号			
⑰ 後遺症一時金の 受給の有無	有 〔 受給年月日 年 月 日 級 円 〕 ・ 無 等 級 円 受給額		
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。 令和 ●年 ●月 ●日 請求者氏名 名古屋 太郎 名古屋市長 様			
⑱ 同意欄	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。 本人署名 記入不要 (※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)		

