

[障害年金請求書の記入説明書]

○手書き記入の場合、黒色ボールペンを使用してください。

①個人番号

記入不要です。

②氏名、性別 ③生年月日 ④現住所

請求者の氏名、性別、生年月日、請求日現在の住所を記入してください。

⑤世帯主氏名

請求者の属する世帯の世帯主の氏名、続柄を記入してください。

⑥種類

予防接種の対象疾病の種類、定期・定期外または臨時の別を記入してください。

(例)「新型コロナウイルス感染症・臨時」「ジフテリア・定期(第1期第1回)」 など

⑦実施年月日

予防接種を受けた年月日を記入してください。

⑧実施者

「名古屋市長」と記入してください。

※市外の医療機関で予防接種を受けた場合は「名古屋市長(医療機関名)」と記入してください。

※予防接種を受けた日に名古屋市以外に住民票があった方は、当時の住民票地の市区町村への請求となりますので、当時の住民票地の市区町村へお問合せください。

⑨実施場所

予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。(病院名、集団接種会場名等)

⑩居住地

予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。

⑪当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 ⑫初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地

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、医療機関の名称及び所在地を記入してください。

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。

記入欄が足りない場合は、別紙を作成してください。

⑭障害該当年月日

障害の状態となった年月日を記入してください。

⑮施設収容の有無及び施設名

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。

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）の受給の有無を記入してください。

また、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。

⑰後遺症一時金の受給の有無

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。

⑱同意欄

記入不要です。