

【記入例】

予防接種健康被害救済制度
年金額変更請求書

① 個人番号	記入不要		②障害児の 個人番号	記入不要	
③ ふりがな 氏 名	なごや たろう 名古屋 太郎		④ 生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	
⑤ 現 住 所	愛知県名古屋市●区●●町●-●				
⑥ ふりがな 障 害 児 氏 名	なごや はなこ 名古屋 花子		⑦ 生年月日	平成●●年 ●月 ●日	
⑧ 障害児の現住所	愛知県名古屋市●区●●町●-●				
⑨ 現に支給を受けている年金	(種 類) 障害児養育年金 障害年金 (等 級) 2級 (年金証書番号) ●●●●●●●●●●●●●●●●				
⑩ 他の等級への 該 当 年 月 日	令和●年 ●月 ●日				
⑪ 障害の程度が 増進するに至 った経過及び 障 害 の 現 況	(障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください)				
上記のとおり、年金の額を変更されたく、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					
⑫ 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。 申請者署名 記入不要 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)				