

【記入例】

予防接種健康被害救済制度

障害児養育年金請求書

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 男 女	昭和●●年 ●月 ●日	⑤ 障害児 との関係 父
⑥ 現 住 所	愛知県名古屋市●区●●町●-●				
⑦ ふりがな 障害児氏名	なごや はなこ 名古屋 花子		⑧ 生 年 月 日 男 女	平成●●年 ●月 ●日	
⑨ 障害児の現住所	愛知県名古屋市●区●●町●-●				
受 け た 予 防 接 種	⑩ 種 類	新型コロナウイルス感染症・臨時		⑪ 実施年月日	令和●●年 ●月 ●日
	⑫ 実施者	名古屋市長		⑬ 実施場所	●●病院
	⑭ 居住地	愛知県名古屋市●区●●町●-●			
⑮ 当該疾病につき 初めて診療を 受けた年月日	令和●●年 ●月 ●日		⑯ 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●-●	
⑰ 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)				
⑱ 障害該当年月日	令和●●年 ●月 ●日				
⑲ 施設収容の有無 及び施設名	有 期 間 年 月から 年 月まで 無 施設名				
⑳ 特別児童扶養 手当又は 障害児福祉手 当の受給の有無	特別児童扶養手当	有	〔 年 月から 級 円 月額 〕	・	無
	障害児福祉手当	有	〔 年 月から 級 円 月額 〕	・	無
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、障害児養育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					
㉑ 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)				

