

[障害児養育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 ②障害児の個人番号

記入不要です。

③氏名、性別 ④生年月日 ⑥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障害児との関係

請求者と障害児との関係を記入してください。

⑦障害児氏名、性別 ⑧生年月日 ⑨障害児の現住所

障害児の氏名、性別、生年月日、請求日現在の住所を記入してください。

⑩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

⑪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。

⑫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。

⑬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)

⑭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。

⑮当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 ⑯初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地

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。

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。

記入欄が足りない場合は、別紙を作成してください。

⑱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。

⑲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。

⑳特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無

特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当又は障害児福祉手当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記入してください。

㉑同意欄

記入不要です。