

【記入例】

予防接種健康被害救済制度

遺族年金
遺族一時金 請求書

① 個人番号	記入不要					
② ふりがな 氏 名	なごや はなこ 名古屋 花子		男 女	③ 生 年 月 日	昭和●●年 ●月 ●日	
④ 現 住 所	愛知県名古屋市●区●●町●-●			⑤ 死亡者との 身分関係		
⑥ ふりがな 死亡者氏名	なごや たろう 名古屋 太郎		男 女	⑦ 生年月日	昭和●●年 ●月 ●日	
受 け た 予 防 接 種	⑧ 種類	新型コロナウイルス感染症			⑨ 実施年月日	令和●●年 ●月 ●日
	⑩ 実施者	名古屋市長			⑪ 実施場所	●●病院
	⑫ 居住地	愛知県名古屋市●区●●町●-●				
⑬ 当該疾病につき 初めて診療を受け た年月日	令和●●年 ●月 ●日		⑭ 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●-●)		
⑮ 経過	予防接種後、発熱や倦怠感、息苦しさがあり翌日も症状が続いたため医療機関受診。症状は 良くなり、1週間後に自宅で呼吸停止となり救急搬送されたが搬送先で死亡が確認された。					
⑯ 死亡年月日	令和●●年 ●月 ●日		⑰ 死亡の当時 診療を受けていた 医療機関の名称 及び所在地	▲▲病院(愛知県名古屋市●● 区●●町●-●)		
⑱ 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					
⑲ 遺族の状況	氏 名	生年月日	⑥の死亡者との 身分関係	現 住 所	備考	
	名古屋 花子	S●●●●●●	妻	愛知県名古屋市●区●● 町●-●		
⑳ 死亡者と 請求者との 生計維持関係	① 同居 2 同居していない		死亡者が請求 者の生活費を ① 全額負担 2 一部負担 ③ 負担なし			
その他参考となる事項:						
㉑ 障害年金 受給の有無	有 (年 月から 年 月まで) ・ 無					
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金・遺族一時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 花子 名古屋市長 様						
㉒ 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					

