

[遺族年金／遺族一時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死亡者との身分関係

夫、妻など亡くなられた方との具体的関係を記入してください。

⑥死亡者氏名、性別 ⑦生年月日

亡くなられた方の氏名、性別、生年月日を記入してください。

⑧種類

予防接種の対象疾病の種類を記入してください。

(例)「新型コロナウイルス感染症」「インフルエンザ」など

⑨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。

⑩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。

⑪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)

⑫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。

⑬当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 ⑭初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地

死亡の原因となった疾病について、初めて医師の診療を受けた年月日、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。

⑮経過

死亡に至る経過を具体的に記入してください。

⑯死亡年月日

亡くなられた年月日を記入してください。

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

亡くなられた際、医療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。

⑱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、入所していない場合は「無」を「○」で囲んでください。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。

⑭遺族の状況

亡くなられた方の遺族の状況を記入してください。

⑮死亡者と請求者との生計維持関係

亡くなられた方と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」で囲み、同居の場合には、さらに（ ）内の該当するものを「○」で囲んでください。

⑯障害年金受給の有無

亡くなられた方の障害年金の有無について記入してください。また、支給を受けていた場合は、支給を受けていた期間を記入してください。

⑰同意欄

記入不要です。