

【記入例】

予防接種健康被害救済制度
葬祭料請求書

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 死亡した 者との関係 妻
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・定期	
	⑩ 実施者	名古屋市長	⑨ 実施年月日 令和●年 ●月 ●日
	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 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、医療機関に受診。症状は良ならず、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 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日	令和●年 ●月 ●日		
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、葬祭料の支給を受けたく、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			
⑲ 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		

