

名古屋市健康被害救済申請支援金変更支給申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

|     |        |
|-----|--------|
| 申請者 | 住所     |
|     | 氏名     |
|     | 続柄 TEL |

(国等救済申請の申請者以外が申請する場合は、委任状（様式第 3 号）を提出してください)

名古屋市健康被害救済申請支援金支給要綱第 6 条第 1 項に基づき、下記のとおり申請いたします。なお、別に申請している国等救済申請に係る書類を市が利用することに同意します。

|            |                                                                     |                        |  |               |  |  |             |                 |
|------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------|--|---------------|--|--|-------------|-----------------|
| 支給対象者      | フリガナ                                                                |                        |  |               |  |  | 生年月日        | 年 月 日生 ( 歳)     |
|            | 氏 名                                                                 |                        |  |               |  |  |             |                 |
|            | 住 所                                                                 | 〒 - 電話番号 ( )           |  |               |  |  |             |                 |
| ①支給済み金額    |                                                                     |                        |  |               |  |  |             | 円               |
| 変更後申請金額    | 国等救済申請の医療費・医療手当請求書における患者負担額の予防接種医療費欄に記載した金額の3/4に相当する額（一円未満は切り上げ）（A） |                        |  |               |  |  |             | 円               |
|            | 他の地方公共団体による同種同類の見舞金制度等申請額（B）                                        |                        |  |               |  |  |             | 円               |
|            | 申請に要した文書費用（C）                                                       |                        |  |               |  |  |             | 円               |
|            | ②申請金額（A－B＋C）                                                        |                        |  |               |  |  |             | 円               |
| 追加所要額（②－①） |                                                                     |                        |  |               |  |  |             | 円               |
| 振込先口座      | ※支援金の振込先口座は「申請者」のものに限ります。                                           |                        |  |               |  |  |             |                 |
|            | 金融機関名                                                               | 銀行<br>金庫<br>信用組合<br>農協 |  |               |  |  | 支 店<br>出張所名 | 本店<br>支店<br>出張所 |
|            | 預金種別                                                                | 普 通<br>当 座             |  | フリガナ<br>口座名義人 |  |  |             |                 |
|            | 口座番号                                                                |                        |  |               |  |  |             | (左詰記入)          |

※PMDAに医薬品副作用被害救済制度の申請をした場合は、本申請書に次に掲げる書類を添付すること。  
(1) PMDAに申請した医療費の金額がわかる書類の写し  
(2) PMDAに申請が受理されたことがわかる書類（PMDAが発行した申請受理ハガキ、決定通知書等）の写し