様式５

予防接種健康被害救済制度

障害年金請求書

① 個人番号					
②　ふりがな 氏名		男 女	③ 生年月日	年　月　日	
④ 現住所			⑤ 世帯主氏名		続柄
受けた予防接種	⑥ 種類		⑦ 実施年月日	年　月　日	
	⑧ 実施者		⑨ 実施場所		
	⑩ 居住地				
⑪ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	年　月　日		⑫ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地		
⑬ 経過及び障害の現況					
⑭ 障害該当年月日	年　月　日				
⑮ 施設収容の有無及び施設名	有 ・ 無	期間　年　月から　年　月まで 施設名			
⑯ 特別児童扶養手当・障害児福祉手当、特別障害者手当、福祉手当又は障害基礎年金の受給の有無	特別児童扶養手当　有	〔年　月から　級　月額　円〕	・　無		
	障害児福祉手当　有 特別障害者手当　有 福祉手当　有	〔年　月から　級　月額　円〕	・　無		
	障害基礎年金　有	〔年　月から　級　月額　円〕	・　無		
	年金証書の記号番号				
⑰ 後遺症一時金の受給の有無	有	〔受給年月日　年　月　日 等級　級 受給額　円〕	・　無		

上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年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

市　町　村　長　殿

⑱ 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　印 （※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載）

（A4）

（注　意）

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
   (1) 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期（第１期第１回）」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
   (2) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
   (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長（受けた当時の居住地の市区町村長になります）等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、（ ）の中にその医療機関の名称を記入してください。
   (4) 「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
   (5) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑪及び⑫の欄は、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並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
6. ⑬の欄は、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。
7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. ⑮の欄は、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「〇」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。
9. ⑯の欄は、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（20歳未満）、障害児福祉手当（20歳未満）、特別障害者手当（20歳以上）、福祉手当（20歳以上）又は国民年金法の規定による障害基礎年金（20歳以上）の受給の有無について、記入してください。
   また、これらの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、障害基礎年金の支給を受けているときは、その年金証書の記号番号を記入してください。
10. ⑰の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。
    また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。
11. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。