様式9-(1)

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					
② ふりがな 氏　名		男 女	③ 生年月日	年　月　日	
④ 現住所			⑤死亡者との身分関係		
⑥ ふりがな 死亡者氏名		男 女	⑦ 生年月日	年　月　日	
受けた予防接種	⑧ 種類		⑨ 実施年月日	年　月　日	
	⑩ 実施者		⑪ 実施場所		
	⑫ 居住地				
⑬当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	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		
⑮ 経過					
⑯ 死亡年月日	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		
⑱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			

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

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

市　町　村　長　殿

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（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、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑧～⑫の欄は、死亡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) 「⑧種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
   (2) 「⑨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) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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。
6. ⑬及び⑭の欄は、死亡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。
7. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診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。
9. ⑱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。
10. ⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ⑳の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「〇」でかこみ、同居の場合には、さらに（ ）内の該当するものを「〇」でかこんでください。
    また、その他参考となる事項があれば記入してください。
12. ㉑の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
13. ㉒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。
14. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。