様式9−(2)

予防接種健康被害救済制度

遺族年金請求書（胎児用）

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
⑧死亡者が死亡の当時有していた住所			⑨ 死亡年月日	年　　月　　日

⑩

既に遺族年金の支給決定を受けている遺族

氏　　名	生年月日	⑥の死亡者との身分関係	現　住　所	年金証書番号 個人番号
	・・			
	・・			
	・・			
	・・			

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

⑪
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

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

（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、長男、次男などの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及び⑨の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6．　⑩の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。
7．　⑪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。