

【記載例】

様式8

予防接種健康被害救済制度
死亡一時金請求書

① 個人番号	記入不要		電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇		
② ふりがな氏名	さっぼろ たろう 札幌 太郎 <small>(※申請される方の氏名)</small>	③ 性別 男	④ 生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日		
⑤ 現住所	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇 (※現在の住所をご記入ください)				
⑥ ふりがな死亡者氏名	さっぼろ はなこ 札幌 花子 <small>(※ワクチン接種を受けた方の氏名)</small>	⑦ 性別 女	⑧ 生年月日 昭和〇〇年 〇月 〇日		
⑨ 受けた予防接種	⑩ 種類 新型コロナウイルスワクチン(臨時〇回目)	⑪ 実施年月日 令和〇年 〇月 〇日	⑫ 実施者 札幌市長 秋元 克広		
	⑬ 実施場所 〇〇病院	⑭ 居住地 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇 (※接種時の住所をご記入ください)			
	⑮ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 令和〇年 〇月 〇日	⑯ 初めに診療を受けた医療機関の名称及び所在地 〇〇病院 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇	⑰ 経過 (死亡に至る経過を具体的に記入してください)		
⑱ 死亡年月日 令和〇年 〇月 〇日	⑲ 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 〇〇病院 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇		⑳ 備考		
㉑ 遺族の状況	氏名	生年月日	続柄	現住所	備考
	札幌 太郎	昭〇・〇・〇	夫	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇	同居
	札幌 一郎	昭〇・〇・〇	長男	札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇	同居
東京 一子	平〇・〇・〇	長女	東京都〇〇区〇〇-〇〇-〇	別居	
㉒ 遺族の状況について参考となる事項	(遺族について参考となる事項があれば記入してください)				
㉓ 障害年金受給の有無	有 (年 月から 年 月まで) ・ 無				
㉔ 後遺症一時金の受給の有無	有 { 受給年月日 年 月 日 } ・ 無 等 級 級 受 給 額 円				
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、死亡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 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 札幌 太郎					
市 町 村 長 殿					
㉕ 同意欄	記入不要				

■「⑭経過」について
死亡に至る経過を具体的に記入してください。
欄が足りない場合は、余白に記入いただくか、別紙を作成してください。

■「⑲障害年金受給の有無」について
予防接種法に基づく障害年金(※)の受給の有無を記入してください。
「有」の場合は、支給を受けていた期間を記入してください。
※ 障害基礎年金または障害厚生年金ではありません。

■「㉔後遺症一時金の受給の有無」について
後遺症一時金の受給の有無を記入してください。
「有」の場合は、受給年月日・等級・受給額を記入してください。