

【記載例】

予防接種健康被害救済制度  
葬祭料請求書

様式10

① 個人番号	記入不要		電話番号：〇〇〇-〇〇〇
② ふりがな氏名	さっぼろ たろう 札幌 太郎 (※申請される方の氏名)	③ 生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
④ 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)	⑤ 死亡した者との関係	夫
⑥ 死亡者氏名	さっぼろ はなこ 札幌 花子 (※ワクチン接種を受けた方の氏名)	⑦ 生年月日	昭和〇〇年 〇月 〇日
受けた 予防接種	⑧ 種類	⑨ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日
	⑩ 実施者	⑪ 実施場所	〇〇病院
	⑫ 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)	
⑬ 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	⑭ 初めて診療を受けた医療機関の称及び所在地	〇〇病院 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇
⑮ 経過	(死亡に至る経過を具体的に記入してください)		
⑯ 死亡年月日	令和〇年 〇月 〇日	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	〇〇病院 札幌市〇〇区〇条〇丁目〇-〇
⑱ 申請者が葬祭を行う年月日又は行った年月日	令和〇年 〇月 〇日		
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、葬祭料の支給を受けたく、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			
⑲ 同意欄	記入不要		

■「⑮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。