

【記載例】

予防接種健康被害救済制度
障害年金請求書

様式5

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>(※ワクチン接種を受けた方の氏名)</small>	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 <small>(※現在の住所をご記入ください)</small>	⑤ 世帯主氏名	札幌 太郎 続柄 本人
⑥ 種類 ⑧ 実施者 ⑩ 居住地	⑥ 種類 新型コロナウイルスワクチン(臨時〇回目)	⑦ 実施年月日	令和〇年 〇月 〇日
	⑧ 実施者 札幌市長 秋元 克広	⑨ 実施場所	〇〇病院
⑪ 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	⑫ 初めて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
⑬ 経過及び障害の現況	(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)		
⑭ 障害該当年月日	令和〇年 〇月 〇日		
⑮ 施設収容の有無及び施設名	有 期間 年 月から 年 月まで	施設名	無
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 月 月 級 円 〕 ・ 無
	障害児福祉手当	有	〔 年 月から 月 月 級 円 〕 ・ 無
	特別障害者手当	有	〔 年 月から 月 月 級 円 〕 ・ 無
	福祉手当	有	〔 年 月から 月 月 級 円 〕 ・ 無
障害基礎年金	有	〔 年 月から 月 月 級 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 円 〕 ・ 無	受給額
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 〇年 〇月 〇日 請求者氏名 札幌 太郎 市 町 村 長 殿			
⑱ 同意欄	記入不要		

(A4)

■「⑬経過及び障害の現況」について

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。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。

■「⑮施設収容の有無及び施設名」について

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。

■「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」について

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。

■「⑰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。また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日・等級・受給額を記入してください。