

予防接種健康被害救済制度
未支給給付請求書

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支給前死亡者との身分関係																		
支 給 前 死 亡 者	⑥ふりがな氏名										男 女	⑦ 生年月日	年 月 日					
	⑧死亡時の住所																	
	⑨死 亡 年月日	年 月 日																
⑩未支給の給付の種類及びその額																		
上記のとおり、予防接種による健康被害に関する給付のうち、未支給分の支給を受けたく、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																

(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、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑥～⑨の欄は、死亡者の氏名、性別、生年月日、死亡時の住所、及び死亡年月日を記入してください。
5. ⑩の欄は、未支給の給付の種類及びその額を記入してください。
6. 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。