

(注 意)

1. の欄は、請求者の個人番号を、 の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ~ 及び 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. の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
4. ~ の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
5. ~ の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1) 「種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「 、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4) 「実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5) 「居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
6. 及び の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. の欄は、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。
8. の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
9. の欄は、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「 」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。
10. の欄は、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又は障害児福祉手当の受給の有無を記入してください。

また、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記入してください。
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。