

障害年金請求書

個人番号												日中連絡可能な連絡先			
ふりがな 氏名	-----									男女	生年月日	年	月	日	
現住所										世帯主氏名		続柄			
受けた 予防接種	種類										実施年月日	年	月	日	
	実施者										実施場所				
	居住地														
当該疾病につき 初めて診療を 受けた年月日	年	月	日	初めて診療を受けた医療機関の 名称及び所在地											
経過及び障害の 現況															
障害該当年月日	年 月 日														
施設収容の有無 及び施設名	有 無	期 間	年 月から 年 月まで									施設名			
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 年 月まで									無			
	障害児福祉手当	有	年 月から 年 月まで									無			
	特別障害者手当	有	年 月から 年 月まで									無			
福祉手当	有	年 月から 年 月まで									無				
障害基礎年金	有	年 月から 年 月まで									無				
年金証書の記号番号															
後遺症一時金の 受給の有無	有	受給年月日 年 月 日									無				
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 年 月 日															
請求者氏名															
市 町 村 長 殿															
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 (自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)														

(注 意)

1. の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ~ 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、 に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ~ 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(を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。
5. 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。
6. 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。
7. の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. 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。
9. 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(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。
10. の欄は、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、等級及び支給額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。