

健発 0507 第 16 号
令和元年 5 月 7 日

各 都 道 府 県 知 事 殿

厚生労働省健康局長
(公 印 省 略)

元号を改める政令の施行に伴う様式変更について

元号を改める政令（平成 31 年政令第 134 号）が平成 31 年 4 月 1 日に公布され、同年 5 月 1 日から施行されることに伴い、予防接種関係の別添 1 に掲げる通知様式を別添 2 のとおり改正しますので、貴職におかれましては、改正した様式を御了知の上、貴管内市区町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）、関係機関等に対して周知いただくようお願いいたします。

この通知による変更前のそれぞれの通知で定める様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができることから適切に御対応いただくとともに、別添 1 において示していない様式についても、別添 2 の改正様式に準じて様式の変更等が行われたものとみなして取り扱っていただきますようお願いいたします。

なお、公益社団法人日本医師会に対し、本件に係る協力を依頼していることを申し添えます。

(別添 1)

- 「予防接種法第 5 条第 1 項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について（平成 25 年 3 月 30 日付健発 0330 第 2 号厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」
 - ・ 様式第二 予防接種予診票（乳幼児・小学生対象）
 - ・ 様式第三 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票
 - ・ 様式第四 ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票（保護者が同伴しない場合）
 - ・ 様式第五 インフルエンザ予防接種予診票
 - ・ 様式第六 高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票
 - ・ 様式第七 コッホ現象事例報告書
 - ・ 様式第八 B 型肝炎予防接種予診票
 - ・ 様式第九 風しんの第 5 期の予防接種予診票

- 「医療費・医療手当請求書等の様式変更について」（平成 27 年 12 月 21 日付け健発 1221 第 4 号厚生労働省健康局長通知）
 - ・ 別紙 1 医療費・医療手当請求書
 - ・ 別紙 2 ー (1) 受診証明書
 - ・ 別紙 2 ー (2) 受診証明書（予防接種健康被害認定申請用）
 - ・ 別紙 3 障害児養育年金請求書
 - ・ 別紙 4 年金額変更請求書
 - ・ 別紙 5 障害年金請求書
 - ・ 別紙 6 死亡一時金請求書
 - ・ 別紙 7 葬祭料請求書
 - ・ 別紙 8 未支給給付請求書
 - ・ 別紙 3 障害年金請求書
 - ・ 別紙 4 年金額変更請求書
 - ・ 別紙 5 遺族年金請求書、遺族一時金請求書
 - ・ 別紙 6 遺族年金請求書（胎児用）
 - ・ 別紙 7 遺族年金請求書（後順位者用）
 - ・ 別紙 8 遺族一時金請求書（差額一時金用）
 - ・ 別紙 9 葬祭料請求書

- 新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法等の施行について（平成 21 年 12 月 4 日付け健発 1204 第 5 号厚生労働省健康局長通知）
 - ・ 別紙様式 1 医療費・医療手当請求書
 - ・ 別紙様式 2 の 1 受診証明書（予防接種健康被害認定申請用）
 - ・ 別紙様式 2 の 2 受診証明書
 - ・ 別紙様式 3 障害児養育年金請求書
 - ・ 別紙様式 4 障害年金請求書
 - ・ 別紙様式 5 障害児養育年金年額変更請求書、障害年金年額変更請求書
 - ・ 別紙様式 6 遺族年金請求書、遺族一時金請求書
 - ・ 別紙様式 7 遺族年金請求書（胎児用）
 - ・ 別紙様式 8 遺族年金請求書（後順位者用）

(別添 1)

- 別紙様式 9 遺族一時金請求書 (差額一時金用)
- 別紙様式 10 葬祭料請求書

(別添2)

「予防接種法第5条第1項の規定による予防接種の実施について」の一部改正について（平成25年3月30日付健発0330第2号厚生労働省健康局長通知）の別添「定期接種実施要領」関係

[予防疫種予診票(乳幼児・小学生対象)]

| | | | | | | | |
|---------|--------|------------|-------|---|-----|---|---|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| 住 所 | | | | | | | |
| 受ける人の氏名 | 男 女 | 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 保護者の氏名 | | | (満 歳 | | カ月) | | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|--|------------------|--------------------|-------|
| 今日受ける予防疫種について市町村から配られている説明書を読みましたか | はい | いいえ | |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください () | はい | いいえ | |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか(病名) | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに家族など身のまわりに結核にかかった方がいましたか | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防疫種を受けましたか 予防疫種の種類 () | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気 にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防疫種を受けてよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか ()歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| これまでに予防疫種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防疫種の種類 () | ある | ない | |
| 近親者に予防疫種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| 今日の予防疫種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防疫種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者に対して、予防疫種の効果、副反応及び予防疫種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 | | | |

医師の診察・説明を受け、予防疫種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防疫種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。
この予診票は、予防疫種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。
保護者自署

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|--------------------|---------|----------------|----------|
| ワクチン名 | ※(皮下接種) | 実施場所 | 医師名 |
| Lot No. | | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | m l | | |

(注) ガンマグロブリンは、血液製剤の一種で、A型肝炎などの感染症の予防目的や重症の感染症の治療目的などで注射されることがあり、この注射を3～6カ月以内に受けた方は、麻疹などの予防疫種の効果が十分に出ないことがあります。
※BCGの予防疫種については、「規定量をBCG用管針を用いて経皮接種」等と記載すること。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票

| | | | | | |
|---------|--|--------|------------|---------|--------|
| | | 診察前の体温 | | 度 分 | |
| 住 所 | | | | | |
| 受ける人の氏名 | | 男 女 | 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 月 日生 |
| 保護者の氏名※ | | | | (満 歳 月) | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか | はい | いいえ | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください () | はい | いいえ | |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 () | ある | ない | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には、注意が必要です。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。 保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人)に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 | | | |

| |
|--|
| <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに(同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。</p> <p>この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p>保護者(接種を受ける者が既婚者の場合は本人) 自署</p> |
|--|

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|-------------------|--------|----------------|
| ワクチン名 | 筋肉内接種 | 実施場所 |
| Lot No. | | 医師名 |
| (注)有効期限がきれていないか確認 | 0.5 ml | 接種年月日 令和 年 月 日 |

※ 接種を受ける人が既婚の場合には、当該部分への記載は必要ありません。

ヒトパピローマウイルス感染症予防接種予診票(保護者が同伴しない場合)

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明

○保護者の方へ：必ずお読みください。

※【予防接種の対象となっている小学校6年生～高校1年生に相当する年齢のお子様をお持ちの保護者の方へ】

これまで、お子様の予防接種の実施に当たっては、保護者の同伴が必要となっていました。13歳以上(中学1年生～高校1年生)の方へのヒトパピローマウイルス感染症の予防接種については、保護者がこの予診票の記載事項を読み、理解し、納得してお子様に予防接種を受けさせることを希望する場合に、この予診票に自ら署名することによって、保護者が、同伴しなくてもお子様は予防接種を受けることができるようになりました。

(当日はこの用紙を必ず持参させてください。)

この予診票に署名するに当たっては、接種させることを判断する際に、疑問等があれば、あらかじめ、かかりつけ医や保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課に確認して、十分納得したうえで、接種させることを決めてからにしてください。

1 ヒトパピローマウイルス (HPV) 感染症の症状について

ヒトパピローマウイルスは皮膚や粘膜に感染するウイルスで、100以上の種類に分類されています。これらのうち主に粘膜に感染する種類は、性行為を介して生じる表皮の微少なキズから、生殖器粘膜に侵入して感染するウイルスであり、海外においては性活動を行う女性の50%以上が、生涯で一度は感染すると推定されています。

粘膜に感染するHPVのうち少なくとも15種類は子宮頸がんから検出され、「高リスク型HPV」と呼ばれています。高リスク型HPVの中でも16型、18型とよばれる2種類は特に頻度が高く、海外の子宮頸がん発生の約70%に関わっていると推定されています。また、子宮頸がん以外にも、海外において少なくとも90%の肛門がん、40%の膣がん・外陰部がん・陰茎がんに関わっていると推定されています。その他、高リスク型に属さない種類のものは、生殖器にできる良性のイボである尖圭コンジローマの原因となることが分かっています。

2 予防接種の効果と副反応について

ワクチンの中には、いくつかの種類ヒトパピローマウイルス (HPV) のウイルス成分が含まれており、予防接種を受けたお子様は、これらに対する免疫を獲得することができます。体内に免疫ができると、HPVにかかることを防ぐことができます。

ただし、予防接種により、軽い副反応がみられることがあります。また、極めて稀ですが、重い副反応がおこることがあります。予防接種後にみられる反応としては、下記のとおりです。

ヒトパピローマウイルスワクチンの主な副反応

主な副反応は、発熱や、局所反応(疼痛、発赤、腫脹)です。また、ワクチン接種後に注射による痛みや心因性の反応等による失神があらわれることがあります。失神による転倒を避けるため、接種後30分程度は体重を預けることのできる背もたれのあるソファに座るなどして様子を見るようにしてください。

稀に報告される重い副反応としては、アナフィラキシー様症状(ショック症状、じんましん、呼吸困難など)、ギラン・バレー症候群、血小板減少性紫斑病(紫斑、鼻出血、口腔粘膜の出血等)、急性散在性脳脊髄炎(ADEM)等が報告されています。

3 予防接種による健康被害救済制度について

○定期の予防接種によって引き起こされた副反応により、医療機関での治療が必要になったり、生活に支障がでるような障害を残すなどの健康被害が生じた場合には、予防接種法に基づく補償を受けることができます。

○健康被害の程度等に応じて、医療費、医療手当、障害児養育年金、障害年金、死亡一時金、葬祭料の区分があり、法律で定められた金額が支給されます。死亡一時金、葬祭料以外については、治療が終了する又は障害が治癒する期間まで支給されます。

○ただし、その健康被害が予防接種によって引き起こされたものか、別の要因(予防接種をする前あるいは後に紛れ込んだ感染症あるいは別の原因等)によるものなのかの因果関係を、予防接種・感染症医療・法律等、各分野の専門家からなる国の審査会にて審議し、予防接種によるものと認定された場合に補償を受けることができます。

※給付申請の必要が生じた場合には、診察した医師、保健所、お住まいの市区町村の予防接種担当課へご相談ください。

4 接種に当たっての注意事項

予防接種の実施においては、体調の良い日に行うことが原則です。お子様の健康状態が良好でない場合には、かかりつけ医等に相談の上、接種するか否かを決めてください。

また、お子様が以下の状態の場合には予防接種を受けることができません。

- ①明らかに発熱（通常 37.5℃以上をいいます）がある場合
- ②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな場合
- ③受けるべき予防接種の接種液の成分によってアナフィラキシーを起こしたことがある場合
- ④その他、医師が不適當な状態と判断した場合

なお、現在、妊娠している方の場合は、接種することに注意が必要な方ですので、かかりつけ医とよくご相談ください。

○保護者の方へ：下記事項をよくお読みください。

上記の内容をよく読み、十分理解し、納得された上でお子様に接種することを決めてください。接種させることを決定した場合は、下記の保護者自署欄に署名してください。**（署名がなければ予防接種は受けられません）**

接種を希望しない場合には、自署欄には何も記載しないでください。

ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種を受けるに当たっての説明を読み、予防接種の効果や目的、重篤な副反応発症の可能性及び予防接種救済制度などについて理解したうえで、子供に接種させることに同意します。

なお、本説明書は、保護者の方に予防接種に対する理解を深める目的のために作成されたことを理解の上、本様式が市町村に提出されることに同意します。

保護者自署 _____

住 所 _____

緊急の連絡先 _____

※ 本様式は、ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種において、保護者が同伴しない場合に必要となるものです。お子様が1人で予防接種を受ける場合は必ずこの予診票を提出させるようにしてください。

予診票に保護者の署名がないと予防接種は受けられません。

予 診 欄

| | | | | | | | |
|---------|--|--------|------------|----------|---|---|----|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| 住 所 | | | | | | | |
| 受ける人の氏名 | | 男 女 | 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日生 |
| | | | | (満 歳 カ月) | | | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください () | はい | いいえ | |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、医師の診察を受けていますか 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 () | ある | ない | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか (注) 妊娠している方への接種には注意が必要です。 | はい | いいえ | |
| <p>あなたのお子さんの病歴・健康状況・接種当日の体調等を考慮した上で 接種することに同意しますか (同意します ・ 同意しません) ※かつこ内のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者自署</p> | | | |

| |
|---|
| <p>医師記入欄</p> <p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。 接種を受ける本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。</p> <p style="text-align: center;">医師署名又は記名押印</p> |
|---|

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|--------------------------------|----------------|----------------|----------|
| ワクチン名 | 筋肉内接種 0.5ml | 実施場所 | 医師名 |
| Lot No. (注) 有効期限がされていないか要確認 | | 接種年月日 | 令和 年 月 日 |

インフルエンザ予防接種予診票

| | | | |
|---------|----------|--------|-------|
| | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | | |
| 氏 名 | | | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 | 年 月 日生 | (満 歳) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 今日のインフルエンザの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () | はい | いいえ | |
| 治療（投薬など）を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。() | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| ①その際に具合が悪くなったことはありますか | はい | いいえ | |
| ②インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことはありますか | はい | いいえ | |
| ひきつけ（けいれん）を起こしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は（可能・見合わせる） 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--|-----|-------------------------------|
| ワクチン名 Lot No. (注)有効期限がきかれていないか確認 | m l | 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日 |

インフルエンザ予防接種希望書（医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。）

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

| | | | | |
|---------|----------|--------|---|----------|
| | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
| 住 所 | | | | |
| 氏 名 | | | | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日生 (満 歳) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () | はい | いいえ | |
| 治療 (投薬など) を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。() | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか？ | はい | いいえ | |
| ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 最近1 か月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | <p>以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる)</p> <p>本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。</p> <p>医師署名又は記名押印</p> |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 皮下注射・筋肉内注射の別 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--------------------|--------------|-----|----------------|
| ワクチン名 | | | 実施場所 |
| Lot No. | | m l | 医師名 |
| (注)有効期限が切れていないか要確認 | | | 接種年月日 令和 年 月 日 |

高齢者用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

コッホ現象事例報告書

都道府県 郡 市町村 保健所

| | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------|---|---|---|-------|
| 氏名 | | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | (男・女) |
| 住所 | | 保護者氏名 | | | | | |
| 接種時期： (または生後_____か月) | | BCG ワクチンロット | | | | | |
| 局所変化の状況・経過 (初めて気付いた時期：平成 年 月 日) | | | | | | | |
| 結核患者との接触状況 | | | | | | | |
| 精密検査※ | ツ反： _____ (×) | | 判定 | | | | |
| | IGRA (実施の場合：QFT, T-Spot TB) | | 非特異反応、結核感染、結核発病、判定保留、 | | | | |
| | 結果： | | その他 () | | | | |
| 胸部エックス線検査所見 | | 事後措置/転帰 | | | | | |
| CT (実施の場合) | | 終了 (異常所見又は症状出現時受診) | | | | | |
| | | 経過観察 (_____ か月後) | | | | | |
| | | 潜在性結核感染症治療 | | | | | |
| | | 結核治療 (診断名： _____) | | | | | |
| | | 他医療機関紹介 | | | | | |
| | | その他 () | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | | |
| 医療機関名 | | | | | | | |
| 作成者医師 (署名又は記名押印) | | | | | | | |

※医師の判断により精密検査を行った場合のみ記入すること。

この報告書は、予防接種の安全性の確保及び結核のまん延の防止を図ることを目的としています。このことを理解の上、本報告書が市町村及び都道府県（保健所）に報告されることに同意します。

保護者自署 _____

B型肝炎予防接種予診票

| | | | | | | | |
|---------|--------|------------|-------|---|-----|---|---|
| | | 診察前の体温 | | 度 | | 分 | |
| 住 所 | | | | | | | |
| 受ける人の氏名 | 男 女 | 生 年 月 日 | 平成・令和 | 年 | 月 | 日 | 生 |
| 保護者の氏名 | | | (満 歳 | | カ月) | | |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|--|------------------|--------------------|-------|
| 今日受ける予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか | はい | いいえ | |
| あなたのお子さんの発育歴についておたずねします 出生体重 () g 分娩時に異常がありましたか 出生後に異常がありましたか 乳児健診で異常があるといわれたことがありますか | あった あった ある | なかった なかった ない | |
| 今日体に具合の悪いところがありますか 具体的な症状を書いてください () | はい | いいえ | |
| 最近1カ月以内に病気にかかりましたか 病名 () | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に家族や遊び仲間に麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどの病気の方が いましたか (病名) | はい | いいえ | |
| 1カ月以内に予防接種を受けましたか 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 生まれてから今までに先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、脳神経、免疫不全症その他の病気にかかり、 医師の診察を受けていますか 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいといわれましたか | はい | いいえ | |
| ひきつけ(けいれん)をおこしたことがありますか () 歳頃 | はい | いいえ | |
| そのとき熱が出ましたか | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか | はい | いいえ | |
| ラテックス過敏症*ですか | はい | いいえ | |
| 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか 予防接種の種類 () | ある | ない | |
| 近親者に予防接種を受けて具合が悪くなった人はいますか | はい | いいえ | |
| 6カ月以内に輸血あるいはガンマグロブリンの注射を受けましたか | はい | いいえ | |
| 母子感染予防として、出生後にB型肝炎ワクチンの接種を受けたことがありますか | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか | はい | いいえ | |
| 医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (実施できる・見合わせた方がよい) と判断します。 保護者に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明をしました。 医師署名又は記名押印 | | | |

| |
|--|
| <p>医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種することに (同意します・同意しません) ※かつこの中のどちらかを○で囲んでください。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">保護者自署</p> |
|--|

| 使用ワクチン名 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 | |
|--|----------------|----------------|-----------------|
| ワクチン名 Lot No. (注)有効期限が切れていないか要確認 | ※(皮下注射) m L | 実施場所 接種年月日 | 医師名 令和 年 月 日 |

(注)ラテックス過敏症とは、天然ゴムの製品に対する即時型の過敏症です。ラテックス製の手袋を使用時にアレルギー反応がみられた場合に疑います。また、ラテックスと交叉反応のある果物等(バナナ、栗、キウイフルーツ、アボガド、メロン等)にアレルギーがある場合にはご相談ください。

風しんの第5期の予防接種予診票

| | | 診察前の体温 | 度 | 分 |
|---------|----|--------|---|----------|
| 住 所 | | | | |
| 氏 名 | | | | 男・女 |
| 生 年 月 日 | 昭和 | 年 | 月 | 日生 (満 歳) |

| 質 問 事 項 | 回 答 欄 | | 医師記入欄 |
|---|-------|-----|-------|
| 今日の予防接種について市町村から配られている説明書を読みましたか。 | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。 | はい | いいえ | |
| 現在、何か病気にかかっていますか。 病 名 () | はい | いいえ | |
| 治療 (投薬など) を受けていますか。 | はい | いいえ | |
| その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 免疫不全と診断されたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 今日、体に具合の悪いところがありますか。 具合の悪い症状を書いてください。 () | はい | いいえ | |
| 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか。 | はい | いいえ | |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 症 状 () 予防接種の種類 () | ある | ない | |
| ひきつけ (けいれん) を起こしたことがありますか。 | はい | いいえ | |
| 1 カ月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類 () | はい | いいえ | |
| 心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名 () | はい | いいえ | |
| その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 | はい | いいえ | |
| 最近 1 ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 () | はい | いいえ | |
| 今日の予防接種について質問がありますか。 | はい | いいえ | |

| | |
|-------|---|
| 医師記入欄 | 被接種者が、風しんの第5期の定期接種の対象者であることを、抗体検査の結果等により確認した。(した・していない) 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能・見合わせる) 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 医師署名又は記名押印 |
|-------|---|

| ワクチンロット番号 | 接種量 | 実施場所・医師名・接種年月日 |
|--|--------|-------------------------------|
| ワクチン名 Lot No. (注) 有効期限がきれていないか確認 | 0.5 ml | 実施場所 医師名 接種年月日 令和 年 月 日 |

風しんの第5期の予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。

(接種を希望します・接種を希望しません)

この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村に提出されることに同意します。

令和 年 月 日 被接種者自署

(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)

「医療費・医療手当請求書等の様式変更について」
（平成27年12月21日付け健発1221第4号厚生労働
省健康局長通知） 関係

医療費・医療手当請求書

| | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|---|-------|------------------------------|-------------|-------|-------|-------|-------|---|
| 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世帯主 氏 名 | | 続柄 | | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑥ 種類 | | | | ⑦実施 年月日 | | 年 | 月 | 日 | | |
| | ⑧ 実施者 | | | | ⑨ 実施場所 | | | | | | |
| | ⑩ 居住地 | | | | | | | | | | |
| ⑪ 医療保険等の 種類 | | 健保、国保、その他() | | | ⑫被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別 | | 本人 | 被扶養者 | | | |
| ⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | ----- | | | | | | | | | |
| ⑭ 医療を受けた日数 | | 年 月 分 | | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 | 年 月 分 | |
| | | 入院外 診療実日数 | | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | | 入院日数 | | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ⑮ 看護移送等についてはその内容 | | | | | | | | | | | |
| ⑯ 患者負担額 | | 予 防 接 種 医 療 費 | | | | | | | | | |
| | | 円 | | | | | | | | | |
| | | 内 訳 | | | | | | | | | |
| | | 特殊医療費分 | 円 | | | 医療保険等自己負担額分 | 円 | | | | |
| ⑰ 医療手当請求額 | | 円 | | | | | | | | | |
| <p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | |
| ⑱ 同意欄 | | <p>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。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※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)</p> | | | | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、医療を受けた者の氏名、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、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、健康被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) 「⑥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)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑦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) 「⑧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) 「⑨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) 「⑩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. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑫の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
6. ⑬の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、看護、移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。
9. ⑯の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。
12. ⑱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。

受 診 証 明 書

| | | | | | | | |
|---|--------------------|--------|---------------------|-------|------|------|------|
| ① 氏 名 | | 男 女 | ② 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| ③ 現 住 所 | | | | | | | |
| ④ 予防接種を受けた ことによる疾病の名称 | | | | | | | |
| ⑤ 医療を受けた日数 | | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 |
| | 入 院 外 診 療 実 日 数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | 入 院 日 数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ⑥ 患者負担額 | 予 防 接 種 医 療 費 | | | | | | |
| | 円 | | | | | | |
| | 内 訳 | | | | | | |
| | 特殊医 療費分 | 円 | 医療保険 等自己負 担額分 | 円 | | | |
| 上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |
| 開設者の氏名 | | | | | | | |
| (印) | | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
なお、認定疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

受 診 証 明 書

〔 予防接種健康
被害認定申請用 〕

| | | | | | | | |
|------------------------|--------------------|--------|-----------|---------------------|------|------|------|
| ① 氏 名 | | 男 女 | ② 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| ③ 現 住 所 | | | | | | | |
| ④ 疾 病 名 | | | | | | | |
| ⑤ 医療を受けた日数 | | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 | 年 月分 |
| | 入 院 外 診 療 実 日 数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| | 入 院 日 数 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 | 日 |
| ⑥ 患者負担額 | 医 療 費 | | | | | | |
| | 円 | | | | | | |
| | 内 訳 | | | | | | |
| | 特殊医 療費分 | 円 | | 医療保険 等自己負 担額分 | 円 | | |
| 上記のとおり、医療を行ったことを証明します。 | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | |
| 開設者の氏名 | | | | | | | |
| (印) | | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、疾病名を記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

障害児養育年金請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--------|--|--|--|-------------------------|-----|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 障害児の個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな氏名 | | | | | | | | | | 男女 | ④ 生年月日 | | | | | 年月日 | | | | | ⑤ 障害児との関係 | | | | |
| ⑥ 現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな障害児氏名 | | | | | | | | | | 男女 | ⑧ 生年月日 | | | | | 年月日 | | | | | | | | | |
| ⑨ 障害児の現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受けた予防接種 | | ⑩ 種類 | | | | | | | | ⑪ 実施年月日 | | | | | 年月日 | | | | | | | | | | |
| | | ⑫ 実施者 | | | | | | | | ⑬ 実施場所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ⑭ 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | | | | | | | | | 年月日 | | | | | ⑯ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | | | | |
| ⑰ 経過及び障害の現況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑱ 障害該当年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑲ 施設収容の有無及び施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ 特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の有無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別児童扶養手当 | | | | | | | | | | 有 | 年 月から | | | | | 級 円 | | | | | ・ 無 | | | | |
| 障害児福祉手当 | | | | | | | | | | 有 | 年 月から | | | | | 級 円 | | | | | ・ 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、障害児養育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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉑ 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。 申請者署名 _____ 印 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. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～④及び⑥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、請求者と障害児との関係を記入してください。
4. ⑦～⑨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. ⑩～⑭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) 「⑩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)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑪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) 「⑫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) 「⑬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) 「⑭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. ⑮及び⑯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. ⑰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. ⑱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. ⑲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. ⑳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. ㉑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。

年金額変更請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|-----------|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ② 障害児の 個人番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男女 | ④ 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ ふりがな 障害児氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 男女 | ⑦ 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 障害児の現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨ 現に支給を受けている年金 | (種類) 障害児養育年金 障害年金 (等級) 級 (年金証書番号) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩ 他の等級への 該当年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ 障害の程度が増 進するに至った 経過及び障害の 現況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、年金の額を変更されたく、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 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。 申請者署名 _____ 印 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. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ②、⑥～⑧の欄は、障害児養育年金の受給者のみ記入してください。
4. ⑨の欄は、現に支給を受けている障害児養育年金又は障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
5. ⑩の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑫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。

障害年金請求書

| | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|---------|-------------|-------------|--------|-----------------------------|-----------|--|--|
| 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 世帯主 氏名 | | 続柄 | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑥ 種類 | | ⑦ 実施年月日 | | 年 月 日 | | | | | |
| | ⑧ 実施者 | | ⑨ 実施場所 | | | | | | | |
| | ⑩ 居住地 | | | | | | | | | |
| ⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日 | | | | | 年 月 日 | | ⑫ 初めて診療を受けた医療機関の名称 及び所在地 | | | |
| ⑬ 経過及び障害の 現況 | | | | | | | | | | |
| ⑭ 障害該当年月日 | | | | | 年 月 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 | | 無 施設名 | | |
| 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 | | 無 | | |
| | | 障害児福祉手当 特別障害者手当 福祉手当 | | 有 有 有 | | 年 月から | | 無 | | |
| | | 障害基礎年金 | | 有 | | 年 月から | | 無 | | |
| | | | | | | 月額 | | 級 円 | | |
| | | | | | | 月額 | | 級 円 | | |
| | | | | | | 月額 | | 級 円 | | |
| | | | | | | | | 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 | | 無 | | |
| | | | | 等級 | | 級 | | | | |
| | | | | 受給額 | | 円 | | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | |
| ⑱ 同意欄 | | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> <p>(※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)</p> | | | | | | | | |

(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、②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. ⑥～⑩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)「⑥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)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑦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)「⑧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)「⑨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)「⑩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. ⑪及び⑫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. ⑬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. ⑭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. ⑮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. ⑯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. ⑰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. ⑱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。

死亡一時金請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|----|-----|--|-----------------------------|-------|--|----|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな氏名 | | | | | | | | | | 男 女 | ④ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ ふりがな死亡者氏名 | | | | | | | | | | 男 女 | ⑦ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑧ 種類 | | | | | | | | | | ⑨ 実施年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| | ⑩ 実施者 | | | | | | | | | | ⑪ 実施場所 | | | | | | | | | |
| | ⑫ 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | |
| ⑮ 経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑯ 死亡年月日 | | | | | | | | | | 年 月 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 | | | | | |
| ⑱ 遺族の状況 | | | | | | | | | | 氏名 | 生年月日 | 続柄 | 現住所 | | | | | 備考 | | |
| | | | | | | | | | | | ・ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | ・ | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | ・ | | | | | | | | | |
| ⑲ 遺族の状況について参考となる事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ 障害年金受給の有無 | | | | | | | | | | 有 (年 月から 年 月まで) ・ 無 | | | | | | | | | | |
| ㉑ 後遺症一時金の受給の有無 | | | | | | | | | | 有 { 受給年月日 年 月 日 } { 等級 級 } { 受給額 円 } ・ 無 | | | | | | | | | | |
| <p>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、死亡一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉒ 同意欄 | | | | | | | | | | <p>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。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> | | | | | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥及び⑦の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
4. ⑧～⑫の欄は、死亡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) 「⑧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)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑨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) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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. ⑬及び⑭の欄は、死亡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. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
7. ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
8. ⑱の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
9. ⑲の欄は、遺族について参考となる事項があれば、記入してください。
10. ⑳の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
11. ㉑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、等級及び受給額を記入してください。
12. ㉒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。
13. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

葬 祭 料 請 求 書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|---------------------------------|-------|--|--|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏 名 | | | | | | | | | | 男 女 | ④ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| ⑤ 現 住 所 | | | | | | | | | | ⑥ 死亡した者との関係 | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | | | | | | | | 男 女 | ⑧ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 受 け た 予 防 接 種 | ⑨ 種類 | | | | | | | | | | ⑩ 実施年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| | ⑪ 実施者 | | | | | | | | | | ⑫ 実施場所 | | | | | | | | | |
| | ⑬ 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑮ 初めて診療を受けた医療機関の 名称及び所在地 | | | | | |
| ⑯ 経 過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ 死亡年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑱ 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 | | | | | |
| ⑲ 申請者が葬祭を行う年月日又は 行った年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ 同意欄 | | | | | | | | | | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> | | | | | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡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)「⑨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)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑩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)「⑪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)「⑫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)「⑬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. ⑭及び⑮の欄は、死亡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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
10. ⑳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。

未支給給付請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------|----|--------|--|--|--|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | | | 男女 | ④ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 支給前死亡者との身分関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 氏名 | | | | | 男女 | ⑧ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | |
| 支給前死亡者 | | ⑨ 死亡時の住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | ⑩ 死亡年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑪ 未支給の給付の種類及びその額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 同意欄 | | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- ③～⑤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。
- ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- ⑦～⑩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。
- ⑪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。
- ⑫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。

障 害 年 金 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 世帯主 氏 名 | | | 続柄 | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑥ 種類 | | | | ⑦ 実施年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | ⑧ 実施者 | | | | ⑨ 実施場所 | | | | | | |
| | ⑩ 居住地 | | | | | | | | | | |
| ⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日 | | 年 月 日 | | | ⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地 | | | | | | |
| ⑬ 経過及び障害の 現況 | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 障害該当年月日 | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| ⑮ 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 | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | |
| ⑯ 同意欄 | | <p>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。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※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)</p> | | | | | | | | | |

(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、②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. ⑥～⑩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)「⑥種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑦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)「⑧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)「⑨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)「⑩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. ⑪及び⑫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. ⑬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. ⑭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. ⑮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. ⑯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。

年金額変更請求書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|-----------|---|---|---|--|--|--|--|
| 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 現に支給を受けて いる年金 | (等級) 級 (年金証書番号) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 他の等級への 該当年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ 障害の程度が増進 するに至った経過 及び障害の現況 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、年金の額を変更されたく、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧ 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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
- 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。
- ⑤の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
- ⑥の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
- ⑦の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
- ⑧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。

遺族年金 請求書
遺族一時金

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|------|--|--|---|-------|--|-----|--|--|----|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | 男女 | ④ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | ⑥ 死亡者との身分関係 | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | | | | | | | | 男女 | ⑧ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑨ 種類 | | | | | | | | | | ⑩ 実施年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | | | |
| | ⑪ 実施者 | | | | | | | | | | ⑫ 実施場所 | | | | | | | | | | | |
| | ⑬ 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑮ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | | | |
| ⑯ 経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ 死亡年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑱ 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 | | | | | | | |
| ⑲ 施設収容の有無及び施設名 | | | | | | | | | | 有・無 期間 施設名 | | | | | 年 月から 年 月まで | | | | | | | |
| ⑳ 遺族の状況 | | | | | | | | | | 氏名 | | 生年月日 | | | ㉑の死亡者との身分関係 | | | 現住所 | | | 備考 | |
| | | | | | | | | | | | | . | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | . | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | . | | | | | | | | | | |
| ㉒ 死亡者と請求者との生計維持関係 | | | | | | | | | | 1 同居 2 同居していない その他参考となる事項: | | | | | 死亡者が請求者の生活費を 〔 全額負担 2 一部負担 3 負担なし 〕 | | | | | | | |
| ㉓ 障害年金受給の有無 | | | | | | | | | | 有 (年 月から 年 月まで) ・ 無 | | | | | | | | | | | | |
| <p>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、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ㉔ 同意欄 | | | | | | | | | | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> | | | | | | | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡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) 「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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) 「⑬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. ⑭及び⑮の欄は、死亡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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲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. ⑳の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ㉑の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
12. ㉒の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
13. ㉓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。
14. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書（胎児用）

| | | | | | | | |
|--|----|--|---------------------|------------|--|-------------------------|--|
| ① 個人番号 | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | 男女 | ④ 生年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | |
| ⑥ 死亡者との身分関係 | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | 男女 | ⑧ 生年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所 | | | | ⑩ 死亡年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑪ 既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族 | 氏名 | 生年月日 | ⑦の死亡 者との 身分関係 | 現住所 | | 年金証書番号 ----- 個人番号 | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| <p>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、遺族年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日 請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | |
| ⑫ 同意欄 | | <p>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。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。
7. ⑫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。

遺族年金請求書（後順位者用）

| | | | | | | | |
|--|--|------|------------------|------------------|-------------------------|-------|--|
| ① 個人番号 | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | 男女 | ④ 生年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | |
| ⑥ 死亡者との身分関係 | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | 男女 | ⑧ 生年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所 | | | | ⑩ 死亡年月日 | | 年 月 日 | |
| ⑪ 遺族の状況 | 氏名 | 生年月日 | ⑦の死亡者 との身分関係 | 現住所 | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| ⑫ 遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況 | 氏名 | 生年月日 | 死亡年月日 | 死亡の当時 有していた住所 | 年金証書番号 ----- 個人番号 | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| | | .. | | | | | |
| ⑬ 死亡者と 請求者との 生計維持関係 | 1 同居 2 同居していない | | 死亡者が請求者 の生活費を | | 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし | | |
| | その他参考となる事項: | | | | | | |
| <p>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、遺族年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | |
| ⑭ 同意欄 | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑫の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑭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。

遺族一時金請求書（差額一時金用）

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------------|--|--------|--|-------------|---|--------------|--|-------------------------|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏名 | | | | | | | | | | 男女 | | ④ 生年月日 | | | | 年 月 日 | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ 死亡者との身分関係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | | | | | | | | 男女 | | ⑧ 生年月日 | | | | 年 月 日 | | | |
| ⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所 | | | | | | | | | | ⑩ 死亡年月日 | | | | 年 月 日 | | | | | |
| ⑪ 遺族の状況 | | | | | | | | | | 氏名 | | 生年月日 | | ⑦の死亡者との身分関係 | | 現住所 | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| ⑫ 遺族年金を受けていた者の状況 | | | | | | | | | | 氏名 | | 生年月日 | | 死亡年月日 | | 死亡の当時有していた住所 | | 年金証書番号 ----- 個人番号 | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | .. | | | | | | | |
| ⑬ 死亡者と請求者との生計維持関係 | | | | | | | | | | 1 同居 2 同居していない | | | | | 死亡者が請求者の生活費を 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし | | | | |
| | | | | | | | | | | その他参考となる事項: | | | | | | | | | |
| 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、遺族一時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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 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 | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑫の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑭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。

葬 祭 料 請 求 書

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---------|--|--|--|-----------------------------|-------|--|--|--|--|
| ① 個人番号 | | | | | | | | | | ② 死亡者の個人番号 | | | | | | | | | | |
| ③ ふりがな 氏 名 | | | | | | | | | | 男 女 | ④ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| ⑤ 現住所 | | | | | | | | | | ⑥ 死亡した者との関係 | | | | | | | | | | |
| ⑦ ふりがな 死亡者氏名 | | | | | | | | | | 男 女 | ⑧ 生年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| 受けた 予防接種 | ⑨ 種類 | | | | | | | | | | ⑩ 実施年月日 | | | | | 年 月 日 | | | | |
| | ⑪ 実施者 | | | | | | | | | | ⑫ 実施場所 | | | | | | | | | |
| | ⑬ 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑮ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | |
| ⑯ 経過 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑰ 死亡年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | ⑱ 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 | | | | | |
| ⑲ 申請者が葬祭を行う年月日又は行った年月日 | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑳ 同意欄 | | | | | | | | | | <p>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。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> | | | | | | | | | | |

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡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)「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑩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)「⑪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)「⑫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)「⑬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. ⑭及び⑮の欄は、死亡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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
10. ⑳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。

新型インフルエンザ予防接種による健康被害の救済等に関する特別措置法等の施行について（平成21年12月4日付け健発1204第5号厚生労働省健康局長通知） 関係

| | | | | | | | |
|---|-------------|---------------|-----------------|------------------------------|----|------|---|
| ① ふりがな 氏名 | | ----- | 男女 | ② 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| ③ 現住所 | | | ④ 世帯主氏名 | | | 続柄 | |
| 受けた 予防接種 | 種類 | 新型インフルエンザ | | ⑤ 実施年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | ⑥ 実施市区町村 | | | ⑦ 実施場所 | | | |
| | ⑧ 居住地 | | | | | | |
| ⑨ 医療保険等の種類 | | 健保、国保、その他() | | ⑩被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別 | 本人 | 被扶養者 | |
| ⑪ 医療を受けた医療機関 の名称及び所在地 | | ----- | | | | | |
| ⑫ 医療を受けた日数 | | | 月分 | 月分 | 月分 | | |
| | | 入院外 診療実日 | 日 | 日 | 日 | | |
| | | 入院日数 | 日 | 日 | 日 | | |
| ⑬ 看護移送等について はその内容 | | | | | | | |
| ⑭ 患者負担額 | | 予 防 接 種 医 療 費 | | | | | |
| | | 円 | | | | | |
| | | 内 訳 | | | | | |
| | 特殊医 療費分 | 円 | 医療保険等自 己負担額分 | 円 | | | |
| ⑮ 医療手当請求額 | | 円 | | | | | |
| <p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | | | |

(注意)

- 1 ①～③欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 2 ④の欄は、1の医療を受け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。
- 3 ⑤～⑧の欄は、健康被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) 「⑤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。
 - (2) 「⑥実施市町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑦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。
 - (4) 「⑧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。
- ⑨及び⑩は1に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑨の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑩の欄は、①に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
- 5 ⑪の欄は、請求に係る疾病について医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療日数別に記入してください。
- 7 ⑬の欄は、看護、移送を行った時は、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。
- 8 ⑭の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分（免疫学的諸検査であって、医療保険対象外であるもの。）及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- 9 ⑮の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
- 10 医療手当のみの請求の場合は、⑨、⑩、⑬及び⑭の欄の記載は不要です。

受 診 証 明 書

〔 予防接種健康
被害認定申請用 〕

| | | | | | | |
|---|--------------------|--------|-----------------|----|---|---|
| ① ふりがな 氏 名 | | 男 女 | ② 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 |
| ③ 現 住 所 | | | | | | |
| ④ 疾 病 名 | | | | | | |
| ⑤ 医療を受けた日数 | | 月分 | 月分 | 月分 | | |
| | 入 院 外 診 療 実 日 数 | 日 | 日 | 日 | | |
| | 入 院 日 数 | 日 | 日 | 日 | | |
| ⑥ 患 者 負 担 額 | 予 防 接 種 医 療 費 | | | | | |
| | 円 | | | | | |
| | 内 訳 | | | | | |
| | 特殊医 療費分 | 円 | 医療保険等自 己負担額分 | 円 | | |
| 上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | |
| 所 在 地 | | | | | | |
| 開 設 者 の 氏 名 | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、疾病名を記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外であるもの)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

受 診 証 明 書

| | | | | | | |
|---|---------------|----|-----------------|-------|--|--|
| ① ふりがな 氏名 | | | ② 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 男 女 | | | | | |
| ③ 現住所 | | | | | | |
| ④ 予防接種を受けたこと による疾病の名称 | | | | | | |
| ⑤ 医療を受けた日数 | | 月分 | 月分 | 月分 | | |
| | 入院外 診療実日数 | 日 | 日 | 日 | | |
| | 入院日数 | 日 | 日 | 日 | | |
| ⑥ 患者負担額 | 予 防 接 種 医 療 費 | | | | | |
| | 円 | | | | | |
| | 内 訳 | | | | | |
| | 特殊医 療費分 | 円 | 医療保険等自 己負担額分 | 円 | | |
| 上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。 | | | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | | | |
| 医療機関の名称 | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 開設者の氏名 | | | | | | |

(A4)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

障害児養育年金請求書

| | | | | | |
|--|-------------|-----------|-------------------------------------|---------------|------------------|
| ① ふりがな 氏名 | | 男 女 | ② 生年月日 | 年 月 日 | ③障害 児との 関係 |
| ③ 現住所 | | | | | |
| ⑤ ふりがな 障害児氏名 | | 男 女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 | |
| ⑦ 障害児の現住所 | | | | | |
| 受けた 予防接種 | 種類 | 新型インフルエンザ | | ⑧ 実施年月日 | 年 月 日 |
| | ⑨ 実施市区町村 | | | ⑩ 実施場所 | |
| | ⑪ 居住地 | | | | |
| ⑫ 当該疾病につき初めて 診療を受けた年月 日 | | 年 月 日 | ⑬ 初めて診療を受けた医 療機関の名称及び所 在 地 | | |
| ⑭ 経過及び障害の現況 | | | | | |
| ⑮ 障害該当年月日 | | | | | |
| ⑯ 施設収容の有無及 び施設名 | | 有 無 | 期 間 | 年 月 から 年 月 まで | |
| <p>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、障害児養育年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | |

(A4)

(注 意)

- 1 ①、②及び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。
- 2 ③の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
- 3 ⑤～⑦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。
- 4 ⑧～⑪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)「⑨実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関が所在する市区町村を記入してください。
 - (2)「⑩実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (3)「⑪居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑫及び⑬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 ⑭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 ⑮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 ⑯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

障害年金請求書

| | | | | | | | | |
|---|----------|-----------|---------|---------|-----|-------------------------|-----|---|
| ① ふりがな 氏名 | | 男女 | ② 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | |
| ③ 現住所 | | | ④ 世帯主氏名 | | | 続柄 | | |
| 受けた 予防接種 | 種類 | 新型インフルエンザ | | ⑤ 実施年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | ⑥ 実施市区町村 | | | ⑦ 実施場所 | | | | |
| | ⑧ 居住地 | | | | | | | |
| ⑨ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | | 年 | 月 | 日 | ⑩ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | |
| ⑪ 経過及び障害の現況 | | | | | | | | |
| ⑫ 障害該当年月日 | | | 年 | 月 | 日 | | | |
| ⑬ 施設収容の有無及び施設名 | | 有・無 | 期間 | 年 | 月から | 年 | 月まで | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | | | | |

(A4)

(注意)

- 1 ①～③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下さい。
- 2 ④の欄は、①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。
- 3 ⑤～⑧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) 「⑤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。
 - (2) 「⑥実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑦実施場所」は、予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (4) 「⑧居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 4 ⑨及び⑩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。
- 5 ⑪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。
- 6 ⑫の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 7 ⑬の欄は、重症心身障害者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「○」でかこんで下さい。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下さい。

別紙様式5

障害児養育年金 年金額変更請求書
障害年金

| | | | | |
|----------------------------------|----------|--------|-----------|-------|
| ① ふりがな 氏名 | | 男 女 | ② 生年月日 | 年 月 日 |
| | | | | |
| ③ 現住所 | | | | |
| ④ 現に支給を受けている年金 | (等級) | 級 | | |
| | (年金証書番号) | | | |
| ⑤ 他の等級への該当年月日 | 年 月 日 | | | |
| ⑥ 障害の程度が変化するに至った経過及び障害の現況 | | | | |
| 上記のとおり、年金額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。 | | | | |
| 令和 年 月 日 | | | | |
| 請求者氏名 | | | | |
| 厚生労働大臣 殿 | | | | |

(A4)

(注意)

- ①～③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下さい。
- ④の欄は、現に支給を受けている障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入して下さい。
- ⑤の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入して下さい。
- ⑥の欄は、障害の程度が変化するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入して下さい。

遺族年金
遺族一時金 請求書

| | | | | | |
|--|-------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------------|-------|
| ① ふりがな 氏名 | | | 男女 | ② 生年月日 | 年 月 日 |
| ③ 現住所 | | | | | |
| ④ 死亡者との身分関係 | | | | | |
| ⑤ ふりがな 死亡者氏名 | | | 男女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 |
| 受けた 予防接種 | 種類 | 新型インフルエンザ | | ⑦実施 年月日 | 年 月 日 |
| | ⑧ 実施市区町村 | | | ⑨ 実施場所 | |
| | ⑩ 居住地 | | | | |
| ⑪当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | | 年 月 日 | ⑫初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | | |
| ⑬経過 | | | | | |
| ⑭ 死亡年月日 | | 年 月 日 | ⑮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 | | |
| ⑯施設収容の有無及び施設名 | | 有 ・ 無 | 期間 施設名 | 年 月から 年 月まで | |
| ⑰ 遺族の状況 | 氏名 | 生年月日 | ⑰の死亡者との身分関係 | 現住所 | 備考 |
| | | ・ | | | |
| | | ・ | | | |
| | | ・ | | | |
| ⑱死亡者と請求者との生計維持関係 | | 1 同居 2 同居していない | 死亡者が請求者の生活費を | 〔 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし 〕 | |
| | | その他参考となる事項: | | | |
| ⑲障害年金受給の有無 | | 有 (年 月から 年 月まで) ・ 無 | | | |
| <p>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、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します(※遺族年金と遺族一時金のうち、請求する区分を○で囲んでください。)</p> <p>令和 年 月 日 請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | |

(注意)

- 1 ①～③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。
- 2 ④の欄は、夫、妻などの死亡者との具体的関係を記入して下さい。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入して下さい。
- 4 ⑦～⑩の欄は、死亡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) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入して下さい。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、当該予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨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。
 - (4) 「⑩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 ⑪及び⑫の欄は、死亡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その所在地を記入してください。
- 6 ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、重症心身障害者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施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんで下さい。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 ⑰の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
- 10 ⑱の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに〔 〕内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
- 11 ⑲の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について記入してください。
- 12 支給を受けるべき者が2人以上あるときは連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書（胎児用）

| | | | | | |
|---|-------|------|---------------------|------------|--------|
| ① ふりがな 氏名 | ----- | | 男女 | ② 生年月日 | 年 月 日 |
| ③ 現住所 | | | | | |
| ④ 死亡者との 身分関係 | | | | | |
| ⑤ ふりがな 死亡者氏名 | ----- | | 男女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 |
| ⑦ 死亡者が死亡 の当時有してい た住所 | | | | ⑧ 死亡年月日 | 年 月 日 |
| ⑨ 既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族 | 氏名 | 生年月日 | ⑦の死亡 者との 身分関係 | 現住所 | 年金証書番号 |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| <p>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、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | |

(A4)

(注 意)

- 1 ①～③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。
- 2 ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- 5 ⑨の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。

| | | | | | |
|--|-------------------|------|------------------|-------------------------|--------|
| ① ふりがな 氏名 | ----- | 男女 | ② 生年月日 | 年 月 日 | |
| ③ 現住所 | | | | | |
| ④ 死亡者との 身分関係 | | | | | |
| ⑤ ふりがな 死亡者氏名 | ----- | 男女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 | |
| ⑦死亡者が死亡の 当時有していた 住所 | | | ⑧ 死亡年月日 | 年 月 日 | |
| ⑨ 遺族の状況 | 氏名 | 生年月日 | ⑤の死亡者 との身分関係 | 現住所 | |
| | | ・ ・ | | | |
| | | ・ ・ | | | |
| | | ・ ・ | | | |
| ⑩ 遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況 | 氏名 | 生年月日 | 死亡年月日 | 死亡の当時 有していた住所 | 年金証書番号 |
| | | ・ ・ | | | |
| | | ・ ・ | | | |
| | | ・ ・ | | | |
| ⑪死亡者と 請求者との 生計維持関係 | 1 同居 2 同居していない | | 死亡者が請求者 の生活費を | 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし | |
| | その他参考となる事項: | | | | |
| <p>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、遺族年金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | |

(A4)

(注 意)

- ①～③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。
- ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
- ⑪の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。

遺族一時金請求書（差額一時金用）

| | | | | | |
|---|-------------------|------|------------------|-------------------------|--------|
| ① ふりがな 氏名 | ----- | | 男女 | ② 生年月日 | 年 月 日 |
| ③ 現住所 | | | | | |
| ④ 死亡者との 身分関係 | | | | | |
| ⑤ ふりがな 死亡者氏名 | ----- | | 男女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 |
| ⑦ 死亡者が死亡の当 時有していた住所 | | | | ⑧ 死亡年月日 | 年 月 日 |
| ⑨ 遺族の状況 | 氏名 | 生年月日 | ⑦の死亡者 との身分関係 | 現住所 | |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| ⑩ 遺族年金を受けてい た者の状況 | 氏名 | 生年月日 | 死亡年月日 | 死亡の当時 有していた住所 | 年金証書番号 |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| | | .. | | | |
| ⑪ 死亡者と請求 者との生計維持 関係 | 1 同居 2 同居していない | | 死亡者が請求者 の生活費を | 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし | |
| | その他参考となる事項: | | | | |
| <p>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、遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> | | | | | |

(A4)

(注 意)

- ①～③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。
- ④の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
- ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- ⑦及び⑧の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
- ⑨の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
- ⑩の欄は、⑤の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
- ⑪の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。

葬 祭 料 請 求 書

| | | | | | |
|--|----------|-----------|----|---|-------|
| ① ふりがな 氏 名 | | | 男女 | ② 生年月日 | 年 月 日 |
| ③ 現住所 | | | | ④ 死亡した 者との関係 | |
| ⑤ ふりがな 死亡者氏名 | | | 男女 | ⑥ 生年月日 | 年 月 日 |
| 受 け た 予 防 接 種 | 種 類 | 新型インフルエンザ | | ⑦ 実施年月日 | 年 月 日 |
| | ⑧ 実施市区町村 | | | ⑨ 実施場所 | |
| | ⑩ 居住地 | | | | |
| ⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日 | | 年 月 日 | | ⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地 | |
| ⑬ 経 過 | | | | | |
| ⑭ 死亡年月日 | | 年 月 日 | | ⑮ 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 | |
| ⑯ 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日 | | 年 月 日 | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> | | | | | |

(A4)

(注 意)

- 1 ①～③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。
- 2 ④の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- 3 ⑤及び⑥の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
- 4 ⑦～⑩の欄は、死亡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) 「⑦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。
 - (2) 「⑧実施市区町村」は、予防接種を受けた医療機関の所在する市区町村を記入してください。
 - (3) 「⑨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。
 - (4) 「⑩居住地」は、予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
- 5 ⑪及び⑫の欄は、死亡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 ⑬の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
- 7 ⑭及び⑮の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
- 8 ⑯の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。