

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			電話番号	
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>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p>				

(日本工業規格A列4番)

(注意)

- ①～③の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日、現住所及び電話番号を記入して下さい。
- 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。
- 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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「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。
 - 「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。
- 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。
- 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。
- ⑫の欄は、障害の状態となった年月日を記入して下さい。
- 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。