

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			電話番号 ()		
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>平成 年 月 日</p> <p>厚生労働大臣 殿</p> <p style="text-align: center;">請 求 者 氏 名</p>					

(日本工業規格A列4番)

(注意)

- 1 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。
- 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、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、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の欄は死亡した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。