

死亡一時金請求書

|                                                                                                                                          |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|----|-----|--|----|---------|----|-----------------------------|---|---|
| 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 ふりがな死亡者氏名                                                                                                                              |       |      |    |     |  | 男女 | ⑥ 生年月日  |    | 年                           | 月 | 日 |
| 受けた<br>予防接種                                                                                                                              | ⑦ 種類  |      |    |     |  |    | ⑧ 実施年月日 |    | 年                           | 月 | 日 |
|                                                                                                                                          | ⑨ 実施者 |      |    |     |  |    | 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                                                                                                                                     |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| ⑮ 死亡年月日                                                                                                                                  |       |      |    |     |  | 年  | 月       | 日  | ⑯ 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 |   |   |
| ⑰ 遺族の状況                                                                                                                                  | 氏名    | 生年月日 | 続柄 | 現住所 |  |    |         | 備考 |                             |   |   |
|                                                                                                                                          |       | .    | .  |     |  |    |         |    |                             |   |   |
|                                                                                                                                          |       | .    | .  |     |  |    |         |    |                             |   |   |
|                                                                                                                                          |       | .    | .  |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| ⑱ 遺族の状況について参考となる事項                                                                                                                       |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| ⑲ 障害年金受給の有無                                                                                                                              |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| 有 ( 年 月から 年 月まで ) ・ 無                                                                                                                    |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| ⑳ 後遺症一時金の受給の有無                                                                                                                           |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| 有 { 受給年月日 年 月 日 }<br>等 級 級<br>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: center;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p> |       |      |    |     |  |    |         |    |                             |   |   |
| <p>⑳ 同意欄</p> <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. ⑦～⑪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)「⑧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)「⑨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)「⑩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)「⑪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. ⑫及び⑬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. ⑭の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
7. ⑮及び⑯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. ⑰の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
9. ⑱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. 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。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. ⑳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. 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。
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。