

障害児養育年金請求書

① 個人番号	※ 記												② 障害児の個人番号	不 要											
③ ふりがな氏名	はちおうじ たろう 八王子 太郎								④ 性別	男	④ 生年月日	●●年 ●月 ●日								⑤ 障害児との関係	父				
⑥ 現住所	八王子市●●町●-●																								
⑦ ふりがな障害児氏名	はちおうじ はなこ 八王子 花子								⑧ 性別	女	⑧ 生年月日	●●年 ●月 ●日													
⑨ 障害児の現住所	八王子市●●町●-●																								
受けた予防接種	⑩ 種類	新型コロナウイルスワクチン(臨時)								⑪ 実施年月日	●●年 ●月 ●日														
	⑫ 実施者	八王子市長								⑬ 実施場所	※予防接種を受けた具体的な場所「●●接種会場」など														
	⑭ 居住地	八王子市●●町●-● (※予防接種を受けた当時の居住地)																							
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	●●クリニック 八王子市●●町●															
⑰ 経過及び障害の現況	※障害の状態となるまでの経過と障害の現況を記入																								
⑱ 障害該当年月日	●●年 ●月 ●日 ※診断書の「障害固定又は障害確定(推定)」の日付																								
⑲ 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																								
⑳ 特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無	特別児童扶養手当 有 〔 年 月から 級 月 円 〕 ・ 無 障害児福祉手当 有 〔 年 月から 級 月 円 〕 ・ 無																								
※各手当を受給中の場合には受給内容を記入																									
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。 ●●年 ●月 ●日 請求者氏名 八王子 太郎 八王子市長 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 ※ 記入・押印不要 (※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)																								