

障害年金請求書

① 個人番号	※ 記入不要		
② ふりがな 氏名	はちおうじ たろう 八王子 太郎	③ 生年月日	●●年 ●月 ●日
④ 現住所	八王子市●●町●-●	⑤ 世帯主氏名	八王子 太郎 続柄 本人
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	※予防接種を受けた具体的な場所 「●●接種会場」など
	⑩ 居住地	八王子市●●町●-● (※予防接種を受けた当時の居住地)	
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	●●クリニック 八王子市●●町●
⑬ 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		
⑭ 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	
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
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 級 円 〕 ・ 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 級 円 〕 ・ 無
	障害基礎年金	有	〔 年 月から 級 円 〕 ・ 無
※各手当や障害基礎年金を受給中の場合には 受給内容を記入 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 等級 受給額	〔 年 月 日 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			
⑱ 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 ※ 記入・押印不要印 (※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)		