

予防接種健康被害救済制度

医療費・医療手当請求書

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 世帯主氏名			続柄	
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				
	⑩ 居住地										
⑪ 医療保険等の種類		健保	国保	その他 ()		⑫ 被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別		本人	被扶養者		
⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地		-----									
⑭ 医療を受けた日			年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	
	入院外 診療実日数		日	日	日	日	日	日	日		
	入院日数		日	日	日	日	日	日	日		
⑮ 看護移送等についてはその内容											
⑯ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費										
	円										
	内 訳										
	特殊医 療費分	円				医療保険 等自己 負担額分	円				
⑰ 医療手当請求額		円									
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>											
⑱ 同意欄		<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> <p>(※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)</p>									

(注 意)

1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、健康被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。
 - (1) 「⑥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) 「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。
 - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(を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) 「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。
 - (5) 「⑩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. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑫の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
6. ⑬の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、看護、移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。
9. ⑯の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。
12. ⑱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。

予防接種健康被害救済制度
受診証明書
 (医療費・医療手当請求用)

① 氏名		男女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所						
④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称	※注意参照					
⑤ 医療を受けた日数	入院外診療実日数	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院日数	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費					
	円					
	内訳					
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円		
⑦ 予防接種後副反応疑い報告 (予防接種法に基づく)	報告日 令和 年 月 日			○副反応疑い報告制度について		
	※疾病が副反応疑い報告の基準に該当する場合は、医療機関から(独)医薬品医療機器総合機構への報告が必要です。			<input type="text" value="医師等 副反応疑い"/> <input type="button" value="🔍"/> <input type="text" value="副反応 報告受付"/> <input type="button" value="🔍"/>		
上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関の名称						
所在地						
開設者の氏名						
						印

(A4)

(注 意)

- この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、予防接種後に生じた健康被害とみられる疾病の名称を記入してください。
※適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であつて、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
- ⑦予防接種後副反応疑い報告は、予防接種法第12条第1項の規定に基づき、医師等が定期の予防接種又は臨時の予防接種(定期の予防接種等)を受けた者が一定の症状を呈していることを知った場合に、厚生労働省に報告しなければならない制度です。

予防接種健康被害救済制度
受診証明書
 (医療費・医療手当認定後請求用)

① 氏名		男女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所						
④ 疾病名 <small>※注意参照</small>						
⑤ 医療を受けた日		年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
	入院外 診療実日数	日	日	日	日	日
	入院日数	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医療費					
	円					
	内訳					
	特殊医療費分	円	医療保険等自己負担額分	円		
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関の名称						
所在地						
開設者の氏名						
印						

(A4)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定された疾病名を確認のうえ記入してください。
 なお、認定された疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 2 ①～③の欄は、認定された疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、医療費・医療手当において認定された疾病名を記載してください。
- 4 ⑤の欄は、認定された疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であつて、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

予防接種健康被害救済制度

予防接種後のアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応症例概要

(医療費・医療手当請求用)

以下の条件を満たす症例のみ、この様式に記載ください。

- 予防接種後4時間以内に発症したアナフィラキシー等の即時型アレルギー反応
- 接種日を含め7日以内に治癒・終診 (例: 4/1接種→4/7までに治癒)
- 症状が接種前から継続している場合や、ワクチン接種以外の原因によると記載医が判断した場合は含みません。

※この様式で提出いただく場合は、診療録の提出は不要です。

ただし、詳細確認のため、追加で依頼をさせていただく場合があります。

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年 月 日生
ワクチン名 (メーカー名)	
今回の症状を認めた 接種回	回目接種
Lot	
接種日時	年 月 日 時 分頃
接種時年齢	歳 か月
初診日～終診日	年 月 日 ~ 年 月 日
入院期間	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日)
既往歴	
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
接種時に罹患/治療 中であった疾患	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
接種前の症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()

(症状等は裏面に記載)

記載日 年 月 日

 接種会場名
 または
 医療機関名

 医師氏名
 (署名)

診断名	(事務局記入欄)		
	プライトン分類 grade		
症状 (複数選択可)	皮膚症状/粘膜症状	循環器系症状	呼吸器系症状
	<input type="checkbox"/> 全身蕁麻疹もしくは全身性紅斑 <input type="checkbox"/> 血管浮腫(遺伝性のものを除く)、 局所もしくは全身性 <input type="checkbox"/> 発疹を伴う全身搔痒感	<input type="checkbox"/> 測定された血圧低下 (/ mmHg) <input type="checkbox"/> 非代償性ショックの臨床的な診断 (少なくとも以下の3つの組み合わせにより示される) <input type="checkbox"/> 頻脈 (回/分) <input type="checkbox"/> CRT>3秒 <input type="checkbox"/> 中枢性脈拍微弱 <input type="checkbox"/> 意識レベル低下/消失	<input type="checkbox"/> 両側性の喘鳴(気管支いれん) <input type="checkbox"/> 上気道性喘鳴 <input type="checkbox"/> 上気道腫脹 (唇、舌、喉、口蓋垂、喉頭) <input type="checkbox"/> 呼吸窮迫(以下の2つ以上) <input type="checkbox"/> 頻呼吸 (回/分) <input type="checkbox"/> 補助的な呼吸筋の使用増加 (胸鎖乳突筋、肋間筋等) <input type="checkbox"/> 陥没呼吸 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 喉音発生
	<input type="checkbox"/> 発疹を伴わない全身搔痒感 <input type="checkbox"/> 全身がちくちく痛む感覚 <input type="checkbox"/> 接種局所の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 有痛性眼充血	<input type="checkbox"/> 末梢性循環の減少 (少なくとも以下の2つの組み合わせにより示される) <input type="checkbox"/> 頻脈 (回/分) <input type="checkbox"/> 血圧低下を伴わないCRT>3秒 <input type="checkbox"/> 意識レベルの低下	<input type="checkbox"/> 持続性乾性咳嗽 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> 咽喉頭閉塞感 <input type="checkbox"/> くしゃみ、鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴もしくは上気道性喘鳴を伴わない呼吸困難
接種から発現までの時間	時間 分	時間 分	時間 分
症状 (複数選択可)	消化器系症状	臨床検査値	その他
	<input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 通常の上限以上の肥満細胞トリプターゼ上昇	<input type="checkbox"/> 局所(接種部位以外)の蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 咽喉頭・口腔内の違和感・搔痒感 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
接種から発現までの時間	時間 分	時間 分	時間 分
治療内容	<input type="checkbox"/> アドレナリン製剤 <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬 <input type="checkbox"/> 吸入 ()	<input type="checkbox"/> ステロイド <input type="checkbox"/> 無治療
ワクチン接種との因果関係についての意見	<input type="checkbox"/> 無(他の原因:) <input type="checkbox"/> 有		
自由記載欄 (経過の付記等)			

予防接種健康被害救済制度

障害児養育年金請求書

① 個人番号										② 障害児の個人番号										
③ ふりがな氏名										④ 性別 男 女	④ 生年月日 年 月 日					⑤ 障害児との関係				
⑥ 現住所																				
⑦ ふりがな障害児氏名										⑧ 性別 男 女	⑧ 生年月日 年 月 日									
⑨ 障害児の現住所																				
受けた予防接種		⑩ 種類								⑪ 実施年月日 年 月 日										
		⑫ 実施者								⑬ 実施場所										
		⑭ 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										
⑰ 経過及び障害の現況																				
⑱ 障害該当年月日 年 月 日																				
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 } 月額 円 . 無																		
		障害児福祉手当 有 { 年 月から 級 } 月額 円 . 無																		
<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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>																				
㉑ 同意欄		<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>申請者署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※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)</p>																		

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～④及び⑥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の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
4. ⑦～⑨の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
5. ⑩～⑭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。
 - (1) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫実施者」は、実施に当たった市区町村長(を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) 「⑬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) 「⑭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。
6. ⑮及び⑯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。
7. ⑰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。
8. ⑱の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
9. ⑲の欄は、重症心身障害児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「○」でかこんでください。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ください。
10. ⑳の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無を記入してください。

また、支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を記入してください。
11. 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。

予防接種健康被害救済制度
障害年金請求書

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 世帯主氏名		続柄							
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									
	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 経過及び障害の現況											
⑭ 障害該当年月日		年 月 日									
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		施設名	
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 月 日 級 円 〕		・		無				
	障害児福祉手当	有	〔 年 月から 月 日 級 円 〕		・		無				
	特別障害者手当	有	〔 年 月から 月 日 級 円 〕		・		無				
福祉手当又は障害基礎年金の受給の有無		有	〔 年 月から 月 日 級 円 〕		・		無				
⑰ 後遺症一時金の受給の有無		有		〔 受給年月日 年 月 日 等級 円 〕		・		無			
<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>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>											
⑱ 同意欄		<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> <p>(※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)</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の欄は、②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。
4. ⑥～⑩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。
 - (1) 「⑥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) 「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。
 - (3) 「⑧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) 「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。
 - (5) 「⑩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. ⑪及び⑫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。
6. ⑬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。
7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. ⑮の欄は、重症心身障害児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「○」でかこんでください。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ください。
9. ⑯の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当(20歳未満)、障害児福祉手当(20歳未満)、特別障害者手当(20歳以上)、福祉手当(20歳以上)又は国民年金法の規定による障害基礎年金(20歳以上)の受給の有無について、記入してください。

また、これらの支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を、障害基礎年金の支給を受けているときは、その年金証書の記号番号を記入してください。
10. ⑰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。
11. ⑱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。

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名		生年月日	年月日生	男・女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)		あり(回/年月週日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式()	テスト不能 精神年齢(MA)
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
日常生活能力	食事の用意後片付け(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	用便(月経)の始末(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	入浴・洗面・着衣(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	簡単な買い物(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	家族との話(通じる)	少しは通じる	通じない)
	家族以外の者との話(通じる)	少しは通じる	通じない)
	刃物・火事の危険(わかる)	少しはわかる	わからない)
	火気の使用(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる)	不十分ながら守れる	守れない)
	乗り物を利用した外出(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	電話の応対(できる)	少しはできる	できない)
	その他		
	日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする
	3 生活指導を必要とする	4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。			
年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)			

* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的 possible 度		
歩行(平地)	可能(km)	つたい歩き可能		不能		
起立位	可能		不能			
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うずくまる	不能
下肢長	右 cm		左 cm			
握力	右 kg		左 kg			
運動麻痺	右 弛緩性	左 痙性	右 不随性	左 強剛	しんせん	失調
その他の運動 障害	(巧遅性、スピード等)					
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食	事 (ひとりできる		介助があればできる		できない)
	用便の始末	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	入浴・洗面	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	着衣その他	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他 特記すべき事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
障害の状態 及び検査所見						
日常生活状況						
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他特記すべき 事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

記入上の留意事項

- 1 本診断書は、定期又は臨時の予防接種を受けたことにより障害の状態になったとして、予防接種法第16条第1項第2号に掲げる障害児養育年金又は同項第3号に掲げる障害年金（以下「障害年金等」という。）の給付を受けようとする際に、その請求書に添付する書類であり、接種を受けた方が予防接種法施行令別表第1又は第2に定める程度の障害の状態にあるかどうかについて、診断した医師が記入するものです。
- 2 障害の状態について、その障害の種類ごとに該当する「Ⅰ精神神経障害の程度」「Ⅱ運動障害の程度」「Ⅲその他の障害*の程度」のそれぞれの欄に、診断した医師が記入してください。ただし、同じ障害については、可能な限り一人の医師が他の医師に照会する等により記入してください。複数の障害がある場合は、各々の障害について診断した医師が記入してください。（各障害について同一の医師が記入する際は共通する項目については省略可能です）

※その他の障害は、「Ⅰ精神神経障害」「Ⅱ運動障害」以外の障害（心機能障害、腎機能障害、呼吸機能障害、代謝機能障害、視力障害・聴力障害、咀嚼・嚥下障害等）が該当します。
- 3 診断した医師は、接種を受けた方が「当該障害の状態となった」と判断した日を該当欄（「障害固定又は障害確定（推定）」）に記入し、その時点の状態を記入してください（初診日や入院日ではありません）。
「障害固定又は障害確定（推定）」は、障害年金等の支給開始月の決定に影響することから、接種日・発症日・初診日及び接種後に生じた症状の経過等について診療録に記録された内容も確認の上、正確な日付及び状態を記入してください（「障害固定又は障害確定（推定）」の「日」が不明の場合は「月」までの記入で差し支えありません）。
- 4 記入に当たっては、予防接種法施行令別表第1又は第2の等級表を参照し、判断に必要な情報を診断書様式に沿って不足がないよう注意してください。記入欄が不足する場合は任意様式を添付してください。
- 5 各障害の程度の記入に当たっては、診断書記載時点の一時的能力で判定するのではなく、発症からの症状経過や治療の状況、障害の改善見込み等を鑑み、障害の固定に至ったと判断した時点における障害の程度を記入してください。
また、可能な限り検査値や臨床評価値（例えば、HDS-Rの結果や、握力値、歩行距離等のADLの評価に資する値）等の客観的根拠を記入してください。
- 6 「Ⅱ 運動障害の程度」について、
 - 障害の程度を審査するために具体的な記載が望ましく、例えば、「移動手段として車椅子の使用が必要な場合」「歩行時に杖の使用や補装具の装着が必要な場合」等については、その旨を明記してください。
 - 障害の程度は、補装具等を装着しない状態で評価してください。
 - 日常生活状況については、杖や補装具等を使用した状態での状況を記入してください。

7 「Ⅲ その他の障害の程度」について、

○例えば、以下の場合に該当する者については、その旨を「障害の状態及び検査所見」欄に明記してください（以下は一例です。その他障害の程度の判断に影響すると考えられる事項についても幅広く記入してください。）。

- ・心機能障害において「ペースメーカーを植え込んだ場合」「体内植え込み型除細動器（ICD）を装着した場合」「人工血管を挿入した場合」「人工弁移植、人工弁置換術を受けた場合」等
- ・腎機能障害において「人工透析実施中の場合」等
- ・呼吸機能障害において「在宅酸素療法を実施中の場合」等
- ・直腸機能障害において「腸管ストマを装着した場合」等

○障害の程度は、上記の機器等を装着しない状態で評価してください。

○日常生活状況については、機器等の装着を含む治療を実施した状態における状況を記入してください。

例えば、「ペースメーカーを植え込んだ状態で、自己の身の活動や家庭内での軽い家事等の作業は可能だが、それ以上の活動や労働等は著しい支障がある」「人工透析を1回4時間週3回実施中であるが、日常生活は罹患前と同様に自立している」等、負荷の程度や、日常生活への支障について具体的に記入してください。

8 本診断書には、障害の状態に該当するに至った年月日及び予防接種を受けたことにより障害の状態となったことを証明することができる書類（診療録、検査結果報告書、検査データ等）を添付してください。

9 記入いただいた内容について、後日問い合わせをする可能性がありますのでご協力をお願いします。

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)		あり(回/年月週日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式() 精神年齢(MA)	テスト不能
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食(ひとりできる 介助があればできる できない) 食事の用意後片付け(ひとりできる 介助があればできる できない) 用便(月経)の始末(ひとりできる 介助があればできる できない) 入浴・洗面・着衣(ひとりできる 介助があればできる できない) 簡単な買い物(ひとりできる 介助があればできる できない) 家族との話(通じる 少しは通じる 通じない) 家族以外の者との話(通じる 少しは通じる 通じない) 刃物・火事の危険(わかる 少しはわかる わからない) 火気の使用(ひとりできる 介助があればできる できない) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる 不十分ながら守れる 守れない) 乗り物を利用した外出(ひとりできる 介助があればできる できない) 電話の応対(できる 少しはできる できない) その他		
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込み			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。			
年 月 日		居住地又は勤務先 医師氏名(署名)	

* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診断名	脳出血、左上下肢麻痺			
障害固定又は障害確定(推定)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日			
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的 possible 度
	左肩関節	屈曲	80°	100°
歩行(平地)	可能(km)	つたい歩き可能	杖使用	不能
起立位	可能	不能		
座位	正座 横座	あぐら 脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右 90 cm	左 90 cm		
握力	右 30 kg	左 0 kg		
運動麻痺	右 左 弛緩性 痙攣性	右 左 不随性	強剛	しんせん 失調
その他の運動障害	(巧遅性、スピード等) 左上下肢巧緻性低下			
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)			
	食事	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	用便の始末	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	入浴・洗面	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
	着衣その他	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
現在行っている治療	外来リハビリテーション			
症状のよくなる見込	無し			
その他特記すべき事項	屋内歩行はT字杖使用により介助なしで可能。外出時は介助により車椅子使用			
上記のとおり診断しました。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 居住地又は勤務先 ○○ 病院 医師氏名(署名) ○○ ○○				

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診断名	
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日
障害の状態及び検査所見	
日常生活状況	
現在行っている治療	
症状のよくなる見込	
その他特記すべき事項	
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)	

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名	左脳梗塞、高次脳機能障害		
障害固定又は障害確定(推定)	令和 〇年 〇月 〇日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)	記銘力低下 認知機能低下(HDS-R 19/30) 言語理解障害のため会話困難	あり(回/年月週日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式() 精神年齢(MA)	テスト不能
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	日常生活能力	喫食(ひとりできる) 食事の用意後片付け(ひとりできる) 用便(月経)の始末(ひとりできる) 入浴・洗面・着衣(ひとりできる) 簡単な買い物(ひとりできる) 家族との話(通じる) 家族以外の者との話(通じる) 刃物・火事の危険(わかる) 火気の使用(ひとりできる) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる) 乗り物を利用した外出(ひとりできる) 電話の応対(できる) その他	介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 少しは通じる 少しは通じる 少しはわかる 介助があればできる 不十分ながら守れる 介助があればできる 少しはできる
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療	訪問リハビリテーション		
症状のよくなる見込み	無し		
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。 令和 〇年 〇月 〇日 居住地又は勤務先 〇〇 病院 医師氏名(署名) 〇〇 〇〇			

* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類	方向	自動的可能度	他動的 possible 度	
歩行(平地)	可能(km)	つたい歩き可能			不能	
起立位	可能		不能			
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右	cm	左	cm		
握力	右	kg	左	kg		
運動麻痺	右 上肢 左	右 下肢 左	弛緩性	痙性	不随性	強剛
その他の運動 障	(巧遅性、スピード等)					
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食	事	(ひとりできる	介助があればできる	できない)	
	用便の始末	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
	入浴・洗面	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
	着衣	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
その他						
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他 特記すべき事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
障害の状態 及び検査所見						
日常生活状況						
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他特記すべき 事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)		あり(回/年 月 週 日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式()	テスト不能 精神年齢(MA)
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食(ひとりできる) 介助があればできる できない) 食事の用意後片付け(ひとりできる) 介助があればできる できない) 用便(月経)の始末(ひとりできる) 介助があればできる できない) 入浴・洗面・着衣(ひとりできる) 介助があればできる できない) 簡単な買い物(ひとりできる) 介助があればできる できない) 家族との話(通じる) 少しは通じる 通じない) 家族以外の者との話(通じる) 少しは通じる 通じない) 刃物・火事の危険(わかる) 少しはわかる わからない) 火気の使用(ひとりできる) 介助があればできる できない) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる) 不十分ながら守れる 守れない) 乗り物を利用した外出(ひとりできる) 介助があればできる できない) 電話の応対(できる) 少しはできる できない) その他		
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込み			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)			

* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的 possible 度		
歩行(平地)	可能(km)	つたい歩き可能			不能	
起立位	可能		不能			
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右 cm		左 cm			
握力	右 kg		左 kg			
運動麻痺	右 上肢	右 下肢				
	左 弛緩性	性 痙 性	不随性	強 剛	しんせん	失 調
その他の運動 障 害	(巧遅性、スピード等)					
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食 事	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	用 便 の 始 末	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	入 浴 ・ 洗 面	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	着 衣	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
そ の 他						
現在行っている 治 療						
症状のよくなる 見 込						
そ の 他 特記すべき事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診 断 名	完全房室ブロック、ペースメーカー植込み術施行					
障害固定又は 障害確定(推定)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
障害の状態 及び検査所見	動悸、息切れ、呼吸困難、浮腫等認め、心電図で完全房室ブロック所見あり。 安静時においても自己の身の日常生活活動でも症状が生じる。 令和○年○月○日、ペースメーカー植込み術施行。(クラスI、身体活動能力2メッツ)					
日常生活状況	ペースメーカーを植え込んだ状態で、自己の身の日常生活や家庭内での軽い家事等の作業は可能だが、それ以上の活動や労働等は著しい支障がある。					
現在行っている 治 療	定期的な経過観察のための受診継続					
症状のよくなる 見 込	無し					
その他特記すべき 事 項						
上記のとおり診断しました。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 居住地又は勤務先 ○○ 病院 医師氏名(署名) ○○ ○○						

予防接種健康被害救済制度
年金額変更請求書

① 個人番号		②障害児の 個人番号	
③ ふりがな 氏名		男女	④ 生年月日 年 月 日
⑤ 現住所			
⑥ ふりがな 障害児氏名		男女	⑦ 生年月日 年 月 日
⑧ 障害児の現住所			
⑨ 現に支給を受けている年金	(種類) 障害児養育年金 障害年金 (等級) 級 (年金証書番号)		
⑩ 他の等級への 該当年月日	年 月 日		
⑪ 障害の程度が 増進するに至 った経過及び 障害の現況			
上記のとおり、年金の額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿			
⑫ 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 (※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)		

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤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. ②、⑥～⑧の欄は、障害児養育年金の受給者のみ記入してください。
4. ⑨の欄は、現に支給を受けている障害児養育年金又は障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
5. ⑩の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑫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。

予防接種健康被害救済制度
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 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 } 等 級 級 受 給 額 円 } ・ 無										
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。										
令和 年 月 日										
請求者氏名										
市 町 村 長 殿										
⑳ 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 _____ 印										

(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。

予防接種健康被害救済制度

遺族年金 請求書

遺族一時金

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 死亡者との 身分関係				
⑥ ふりがな 死亡者氏名	-----					男女	⑦ 生年月日	年 月 日			
受けた 予防接種	⑧ 種類							⑨ 実施年月日	年 月 日		
	⑩ 実施者							⑪ 実施場所			
	⑫ 居住地										
⑬ 当該疾病につき 初めて診療を受け た年月日	年 月 日						⑭ 初めて診療を 受けた医療機関の 名称及び所在地				
⑮ 経過											
⑯ 死亡年月日	年 月 日						⑰ 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				
⑱ 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										
⑲ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑥の死亡者との 身分関係	現住所	備考						
⑳ 死亡者と 請求者との 生計維持関係	1 同居 2 同居していない その他参考となる事項:					死亡者が請求者の生活費を [1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし]					
㉑ 障害年金 受給の有無	有 (年 月から 年 月まで) ・ 無										
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、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、 必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿											
㉒ 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 _____ 印										

(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の欄は、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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。
5. ⑧～⑫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) 「⑧種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2) 「⑨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) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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。
6. ⑬及び⑭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。
7. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑯及び⑰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。
9. ⑱の欄は、重症心身障害児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「○」でかこんでください。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ください。
10. ⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ⑳の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
12. ㉑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。
13. ㉒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。
14. 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。

予防接種健康被害救済制度

遺族年金請求書（胎児用）

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 死亡者との 身分関係										
⑥ ふりがな 死亡者氏名					男女	⑦ 生年月日		年 月 日		
⑧ 死亡者が死亡 の当時有していた 住所					⑨ 死亡年月日		年 月 日			
⑩ 既に遺族年金の 支給決定を受け ている遺族	氏 名	生年月日	⑥の死亡 者との 身分関係	現住所			年金証書番号 個人番号			
				
				
				
				
<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、遺族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>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>										
<p>⑪ 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> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</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の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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。
5. ⑧及び⑨の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑩の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。
7. ⑪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。

予防接種健康被害救済制度

遺族年金請求書（後順位者用）

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 死亡者との 身分関係										
⑥ ふりがな 死亡者氏名	-----				男女	⑦ 生年月日	年 月 日			
⑧ 死亡者が死亡 の当時有していた 住所					⑨ 死亡年月日	年 月 日				
⑩ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現住所						
		..								
		..								
		..								
⑪ 遺族年金を受け ることができた 先順位者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号 個人番号					
		..								
		..								
		..								
⑫ 死亡者と 請求者との 生計維持関係	1 同居 2 同居していない			死亡者が請求 者の生活費を	1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし					
その他参考となる事項:										
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、遺族年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿										
⑬ 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 _____ 印									

(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の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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。
5. ⑧及び⑨の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑩の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑪の欄は、⑥の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
8. ⑫の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑬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。

予防接種健康被害救済制度

遺族一時金請求書（差額一時金用）

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 死亡者との 身分関係										
⑥ ふりがな 死亡者氏名	-----				男女	⑦ 生年月日	年 月 日			
⑧ 死亡者が死亡 の当時有してい た住所						⑨ 死亡年月日	年 月 日			
⑩ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現住所						
		..								
		..								
		..								
⑪ 遺族年金を受け ていた者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号 ----- 個人番号					
		..								
		..								
		..								
⑫ 死亡者と請求 者との生計維 持関係	1 同居 2 同居していない			死亡者が請求者 の生活費を 1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし						
その他参考となる事項:										
<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、遺族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>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>										
⑬ 同意欄	<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 (A4)</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の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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。
5. ⑧及び⑨の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑩の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑪の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
8. ⑫の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑬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。

予防接種健康被害救済制度
葬祭料請求書

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死亡した 者との関係						
⑥ ふりがな 死亡者氏名						男 女	⑦ 生年月日			年 月 日		
受けた 予防接種	⑧ 種 類					⑨ 実施年月日			年 月 日			
	⑩ 実施者					⑪ 実施場所						
	⑫ 居住地											
⑬当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日						年 月 日			⑭初めて診療を受 けた医療機関の 称及び所在地			
⑮ 経 過												
⑯ 死亡年月日						年 月 日			⑰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			
⑱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>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>												
⑲ 同意欄		<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の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑥及び⑦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。
5. ⑧～⑫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) 「⑧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) 「⑨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) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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。
6. ⑬及び⑭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。
7. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑯及び⑰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。
9. ⑱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。
10. ⑲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。

予防接種健康被害救済制度
未支給給付請求書

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支給前死亡者 との身分関係											
支給前 死亡者	⑥ふりがな 氏名				男女	⑦ 生年月日			年	月	日
	⑧死亡時 の住所										
	⑨死 亡 年月日										
⑩未支給の給付の 種類及びその額											
<p>上記のとおり、予防接種による健康被害に関する給付のうち、未支給分の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>											
⑪ 同 意 欄		<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>									

(A4)

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
- 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。
- ⑤の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- ⑥～⑨の欄は、死亡者の氏名、性別、生年月日、死亡時の住所、及び死亡年月日を記入してください。
- ⑩の欄は、未支給の給付の種類及びその額を記入してください。
- ⑪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。