

「予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律の一部等の施行について」 新旧対照表

改 正 後	現 行
予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律の一部等の施行について 本文（略） 別紙１～５（略）	予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律の一部等の施行について 本文（略） 別紙１～５（略）

別紙6

死亡一時金請求書

① 個人番号										
② ふりがな氏名										
④ 現住所										
⑤ ふりがな死亡者氏名										
⑦ 種類										
⑨ 実施者										
⑪ 居住地										
⑫ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日										
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										
⑯ 遺族の状況										
⑰ 遺族の状況について参考となる事項										
⑱ 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 } ・ 無 { 等級 級 円 } 受給額									
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										
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。									
本人署名 _____ 印										

(A4)

別紙6

死亡一時金請求書

① 個人番号											② 死亡者の個人番号										
③ ふりがな氏名											④ 性別										
⑤ 現住所											⑥ 性別										
⑦ ふりがな死亡者氏名											⑧ 性別										
⑨ 種類											⑩ 実施者										
⑪ 居住地											⑫ 実施場所										
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日											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 性別										
⑰ 死亡年月日											⑱ 性別										
⑲ 遺族の状況											⑳ 性別										
㉑ 遺族の状況について参考となる事項											㉒ 性別										
㉓ 障害年金受給の有無											㉔ 性別										
㉕ 後遺症一時金の受給の有無											㉖ 性別										
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																					
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																					

(A4)

(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入してください。

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. 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。
4. 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。
5. 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。
6. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
7. 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。
8. ⑱の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
9. ⑲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. ⑳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. ㉑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. 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。
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入してください。

別紙7

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							男女	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						実施場所	⑨ 実施年月日		年 月 日		
	⑩ 実施者											
	⑪ 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 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日		年 月 日										
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。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿												
⑲ 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。 同意欄 本人署名 _____ 印												

(A4)

別紙7

葬祭料請求書

[illegible]

(A4)

(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)「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)「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。

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧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. ⑨～⑬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)「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)「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)「⑬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. ⑭及び⑮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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱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. ⑲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. ⑳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。

別紙8

未支給給付請求書

[illegible]

(A4)

(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. ⑥～⑨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。
5. 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。
6. 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得るようになっています。

別紙8

未支給給付請求書

[illegible]

(A4)

(注意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦～⑩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。
5. ⑪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。
6. 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してください。

別紙 9 (略)

別紙 9 (略)

「予防接種法の一部を改正する法律等の施行について」 新旧対照表

改 正 後	現 行
予防接種法の一部を改正する法律等の施行について 本文（略） 別紙１～４（略）	予防接種法の一部を改正する法律等の施行について 本文（略） 別紙１～４（略）

遺族年金 請求書
遺族一時金

(A4)

遺族年金 請求書
遺族一時金

(A4)

(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。

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. ⑥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. ⑦及び⑧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. ⑨～⑬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)「⑨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)「⑩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)「⑪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)「⑫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)「⑬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. ⑭及び⑮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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱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. 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. ⑲の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ㉑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. ㉒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. ㉓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。

別紙6

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									
		・ ・												
		・ ・												
		・ ・												
		・ ・												
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														
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。 ⑪ 同意欄 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印														

(A4)

別紙6

遺族年金請求書（胎児用）

① 個人番号													② 死亡者 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 死亡者との 身分関係																									
⑦ ふりがな 死亡者氏名											男 女	⑧ 生年月日	年 月 日												
⑨死亡者が死亡の 当時有していた 住所											⑩ 死亡年月日	年 月 日													
⑪ 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	⑦の死亡 者との 身分関係	現 住 所	年金証書番号 個人番号																				
		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
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																									
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。 ⑫ 同意欄 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印 本人署名 _____ 印																									

(A4)

(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。

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. ⑥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. ⑦及び⑧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. ⑨及び⑩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. ⑪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. 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。

別紙7

遺族年金請求書（後順位者用）

① 個人番号										
② ふりがな 氏 名										
④ 現 住 所										
⑤ 死亡者との 身分関係										
⑥ ふりがな 死亡者氏名										
⑧死亡者が死亡の 当時有していた 住所										
⑩	氏 名	生年月日	⑥の死亡者 との身分関係	現 住 所						
遺族の状況		・ ・								
		・ ・								
		・ ・								
		・ ・								
⑪	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					
遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況		・ ・								
		・ ・								
		・ ・								
		・ ・								
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	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。									
同意欄	本人署名 _____ 印									

(A4)

別紙7

遺族年金請求書（後順位者用）

① 個人番号											② 死亡者 の個人番号												
③ ふりがな 氏 名											④ 生年月日	年 月 日											
⑤ 現 住 所																							
⑥ 死亡者との 身分関係																							
⑦ ふりがな 死亡者氏名											⑧ 生年月日	年 月 日											
⑨死亡者が死亡の 当時有していた 住所											⑩ 死亡年月日	年 月 日											
⑪	氏 名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現 住 所																			
遺族の状況		・ ・																					
		・ ・																					
		・ ・																					
		・ ・																					
⑫	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																		
遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況		・ ・																					
		・ ・																					
		・ ・																					
		・ ・																					
⑬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																							
⑭	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。																						
同意欄	本人署名 _____ 印																						

(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、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 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。
- ⑥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。
- ⑦及び⑧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。
- ⑨及び⑩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。
- ⑪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。
- ⑫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。
- ⑬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。
- ⑭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。

別紙8

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												
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	年 月 日											
⑧ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所	年 月 日											
⑩	氏 名	生年月日	⑥の死亡者 との身分関係	現 住 所								
遺族の状況		・ ・										
		・ ・										
		・ ・										
		・ ・										
⑪	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							
遺族年金を受けて いた者の状況		・ ・										
		・ ・										
		・ ・										
		・ ・										
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 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								
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。 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											

(A4)

別紙8

遺族一時金請求書（差額一時金用）

① 個人番号													② 死亡者 の個人番号												
③ ふりがな 氏 名													④ 生年月日	年 月 日											
⑤ 現 住 所																									
⑥ 死亡者との 身分関係																									
⑦ ふりがな 死亡者氏名													⑧ 生年月日	年 月 日											
⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所													⑩ 死亡年月日	年 月 日											
⑪	氏 名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現 住 所																					
遺族の状況		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
⑫	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																				
遺族年金を受けて いた者の状況		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
		・ ・																							
⑬ 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																					
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。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿																									
⑭ 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																								

(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、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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ていた遺族について記入してください。
- 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。
- 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。

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- 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。
- ⑥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。
- ⑦及び⑧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。
- ⑨及び⑩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。
- ⑪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。
- ⑫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。
- ⑬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。
- ⑭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。

別紙9

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 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 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日		年 月 日															
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。 令和 年 月 日 請求者氏名 市 町 村 長 殿																	
⑲ 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															

(A4)

別紙9

葬祭料請求書

① 個人番号																				② 死亡者の 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 死亡した 者との関係																							
⑦ ふりがな 死亡者氏名											男女	⑧ 生年月日	年 月 日																						
受 け た 予 防 接 種	⑨ 種類												⑩ 実施年月日	年 月 日																					
	⑪ 実施者												⑫ 実施場所																						
	⑬ 居住地																																		
⑭ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日	年 月 日											⑮ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地																							
⑯ 経 過																																			
⑰ 死亡年月日	年 月 日											⑱ 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																							
⑲ 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日	年 月 日																																		
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。 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																																		

(A4)

(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、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、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。

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者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. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧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. ⑨～⑬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) 「⑨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) 「⑩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) 「⑪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) 「⑫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) 「⑬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. ⑭及び⑮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. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱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. ⑲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. ⑳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。

別紙 10（略）

別紙 10（略）