

死亡一時金請求書

① 個人番号	記入不要です				日中連絡可能な連絡先	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇
② ふりがな氏名	さがみ たろう 相模 太郎		男 女	③ 生年月日	昭和〇年〇月〇日	
④ 現住所	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇					
⑤ ふりがな死亡者氏名	さがみ はなこ 相模 花子		男 女	⑥ 生年月日	昭和〇年〇月〇日	
受けた 予防接種	⑦ 種類	新型コロナウイルスワクチン 臨時、〇回目		⑧ 実施年月日	令和〇年〇月〇日	
	⑨ 実施者	相模原市長		⑩ 実施場所	予防接種を受けた具体的な場所を記入 〇〇医院、〇〇公民館等	
	⑪ 居住地	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				
⑫ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日	令和〇年〇月〇日		⑬ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地	相模原市〇区〇 〇-〇 〇〇病院		
⑭ 経過	死亡に至る経過を具体的に記入してください。					
⑮ 死亡年月日	令和〇年〇月〇日		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	相模原市〇区〇 〇-〇 〇〇病院		
⑰ 遺族の状況	氏名	生年月日	続柄	現住所		備考
	相模 太郎	昭〇・〇・〇	夫	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇		
	相模 一郎	昭〇・〇・〇	子	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇-〇		
	相模 二郎	平〇・〇・〇	子	神奈川県相模原市〇区〇 〇-〇-〇		
⑱ 遺族の状況について参考となる事項	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					
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 〇年 〇月 〇日						
請求者氏名						
市町村長 殿 相模 太郎						
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 記入・押印不要です 印					