

障害児養育年金請求書

| | | | | | | | |
|---|--|---------------------------|---|---|----------------------------------|--|--|
| ① 個人番号 | 記入不要です | | | ② 障害児の個人番号 | 記入不要です | | |
| ③ ふりがな氏名 | さがみ たろう 相模 太郎 | | ④ 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | ④ 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 | ⑤ 障害児との関係 親子 | | |
| ⑥ 現住所 | 神奈川県相模原市 ○区○ ○-○ | | 日中連絡可能な連絡先 | ○○○ - ○○○ - ○○○○ | | | |
| ⑦ ふりがな障害児氏名 | さがみ いちろう 相模 一郎 | | ⑧ 性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | ⑧ 生年月日 昭和○年 ○月 ○日 | | | |
| ⑨ 障害児の現住所 | 神奈川県相模原市○区○ ○-○ | | | | | | |
| 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 2回目 | | ⑪ 実施年月日 | 令和○年 ○月 ○日 | | |
| | ⑫ 実施者 | 相模原市長 | | ⑬ 実施場所 | 予防接種を受けた具体的な場所を記入 ○○医院、○○公民館等 | | |
| | ⑭ 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 | | | | | |
| ⑮ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日 | 令和○年 ○月 ○日 | | ⑯ ⑮ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地 | 障害の原因となった疾病について初めて診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 | | | |
| ⑰ 経過及び障害の現況 | 障害の状態となるまでの経過及び障害の現状を具体的に記入してください | | | | | | |
| ⑱ 障害該当年月日 | 令和○年 ○月 ○日 | | | | | | |
| ⑲ 施設収容の有無及び施設名 | <input checked="" type="radio"/> 有 期間 令和○年 ○月から 令和○年 ○月まで <input type="radio"/> 無 施設名 ○○会○○ホーム等 | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> <small>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</small> 障害児福祉手当 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 月額 年 月から 年 月から 級 円 円 | | | | | | |
| 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。 令和 ○年 ○月 ○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。 申請者署名 記入・押印不要です 印 本人署名 記入・押印不要です 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) | | | | | | |