

## 障害年金請求書(海外在留邦人)

① ふりがな 氏名		男女	② 生年月日	年 月 日	
③ 現住所		④ 世帯主氏名		続柄	
受けた 予防接種	⑤ 種類	海外在留邦人等向け ワクチン接種事業		⑥ 実施年月日	年 月 日
	⑦ 実施者	厚生労働省		⑧ 実施場所	
	⑨ 居住地				
⑩ 当該疾病につき 初めて診療を 受けた年月日		年 月 日	⑪ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地		
⑫ 経過及び障害の 現況					
⑬ 障害該当年月日		年 月 日			
⑭ 施設収容の有無 及び施設名		有 ・ 無	期 間	年 月から	年 月まで
<p>上記のとおり、海外在留邦人等向けワクチン接種事業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>年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>厚生労働大臣 殿</p>					

(注 意)

1. ①～③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。
2. ④の欄は、①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。
3. ⑤～⑨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。
  - (2) 「⑧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。
  - (3) 「⑨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。
4. ⑩及⑪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。
5. ⑫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。
6. ⑬の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
7. ⑭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。