

## 葬 祭 料 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死亡した 者との関係	
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	海外在留邦人等向け ワクチン接種事業		⑧ 実施年月日
	⑨ 実施者	厚生労働大臣		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 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 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>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、請求者と死亡者との関係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) 「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。
  - (2) 「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。
  - (3) 「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、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。