

【記載要領】

様式 9-2

養育者の氏名を記入してください。

感染救済給付用

提出日現在における満年齢
を記入してください。

障害児養育年金請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名	キコウ イチロウ 機構 一郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(2) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	43 年 4 月 1 日	51 歳
(3) フリガナ 現住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ (〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2	電 話		03 (3506) 9413		
(4) 障害児との身分関係	父	請求書等についてお問い合わせすることがあります。 電話番号は連絡がとれる番号を記入してください。				
(5) フリガナ 障害児の氏名	キコウ タロウ 機構 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(6) 生年月日 及び年齢	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	17 年 4 月 1 日	14 歳
(7) フリガナ 現住所	トウキョウト チョダク カスミガセキ (〒 100 - 0013) 東京都千代田区霞が関 3-3-2	電 話		03 (3506) 9413		
(8) 生物由来製品等を介した 感染等によるものと みられる障害の現況	診断書を参考にして具体的に記入するか、または「別添書類のとおり」と記入してください。					
(9) 障害の原因となった生物由来製品等を介した感染 等によるものとみられる疾病の名称又は症状	B型劇症肝炎					
(9-1) (9)の疾病による障害の原因とみられるもの	<input type="checkbox"/> 生物由来製品・ <input type="checkbox"/> 再生医療等製品・ <input type="checkbox"/> 2次感染等					
2次感染等 の場 合	(9-2) フリガナ 1次感染者の氏名					
	(9-3) 障害児と(9-2)の者との身分関係	<input type="checkbox"/> 配偶者・ <input type="checkbox"/> 親族・ <input type="checkbox"/> その他()				
	(9-4) (9-2)の者の感染救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:)・ <input type="checkbox"/> 無				
(10) (8)の障害の原因とみられる生物由来製品等とその入手・使用場所						
生物由来製品等の名称	医療機関等の名称	所在地				
イロハ錠	東西病院	東京都千代田区〇〇〇1-2-3				

診断書の(4)欄を参考に、
疾病の名称又は症状を記入してください。

投薬・使用証明書の(4)欄又は診断書の(7)欄に記載されている生物由来製品等
の中で、請求にかかる障害の原因とみられる生物由来製品等を記入してください。

判決等の内容によっては、感染救済給付の対象にはなりません
ので、「有」にチェックした場合は、訴訟/和解/示談の資料をご
提出ください。

(11) (9)の疾病の発現に影響を及ぼしたとみられる医薬品とその入手・使用場所		
医薬品名	医療機関等の名称	所在地
(12) (9)の疾病について 初めて診療を受けた 病院又は診療所の 名称及び所在地 並びに年月日	病院又は診療所の名称 所 在 地 初 診 日	南北病院 東京都千代田区〇〇〇4-5-6 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 28 年 10 月 1 日 <input type="checkbox"/> 令和
(13) (9)の疾病について当機構からの医療費・医療手当 の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
(14) (10)の生物由来製品等による副作用救済給付の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
(15) (8)の障害又は(9)の疾病について訴訟又は示談の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 刑事事件 <input type="checkbox"/> 民事事件 <input type="checkbox"/> 和解 <input type="checkbox"/> 示談)・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	
(16) 救済制度に関する情報の入手経路について	<input checked="" type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の医療機関職員 <input type="checkbox"/> 新聞・TV等 <input type="checkbox"/> その他()	

診断書の(5)欄に記載されている「(4)の疾病につい
て初めて診療を受けた日」を記入してください。

必ずチェック等を入れてください。

上記のとおり、請求に係る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 1 年 6 月 1 日

提出年月日を記入してください。

請求者氏名

機構 一郎

独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿

救済給付に係る情報(請求者の個人情報を除く。)は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第68条の10
第3項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

養育者の氏名を記入してください。