

【請求する方が感染者本人の場合の記入例】

提出現在における満年齢を記入してください。

様式第一号（第一条関係）

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給請求書

ふりがな		きこう はなこ		番号	(記入不要)
感染者名	機構 花子		※男・女	生年月日 及び年齢	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 満 35 歳 *死亡している場合は死亡 時の年齢
確定判決、和解 又は調停成立 年月日及び 裁判所	※確定判決 和解 令和〇〇年〇〇月〇〇日 (東京地方)		裁判所 原告番号 (111)		
※※ 感染の原因と なった血液製剤及 び投与時期	1 特定フィブリノゲン製剤 (フィブリノーゲン—BBank フィブリノーゲン—ミドリ フィブリノゲン—ミドリ フィブリノゲンHT—ミドリ)		2 特定血液凝固第IX因子製剤 (PPSB—ニチャク)	3 特定血液凝固第IX因子製剤 (コーナイン クリスマシン クリスマシン—HT)	
	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (年 月頃～ 年 月頃)		年 月 日 (年 月頃～ 年 月頃)	年 月 日 (年 月頃～ 年 月頃)	
※請 求 す る 金	①ア 慢性C型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がん罹患し、又は死亡した者		4千円		
	イ C型肝炎ウイルスにより劇症肝炎(遅発性肝不全を含む。)に罹患して死亡した者		4千円		
	② 慢性C型肝炎に罹患した者		2千円		
	③ 無症候性キャリア		12万円		
④ C型肝炎ウイルスにより劇症肝炎(遅発性肝不全を含む。)に罹患して死亡した者であって、令和4年12月16日より前に既に上記③の給付金を支給された者		28万円			
請求者 (感染者本人の場合)に関する事項	請求者 現住所及び 電話番号	(〒100-0013) 東京都千代田区霞ヶ関3-3-2 電話番号 03(1234)5678		請求書等についてお問い合わせすることがありますので、電話番号は連絡可能な番号を記入してください。	
請求者 (感染者の相続人の場合)に関する事項	請求者氏名	※男・女		注)携帯電話番号でも結構です。	
代理人に 関する事項	※ 代理人を指定する・代理人を指定しない				
	代理人への 委任事項	※1 機構への書類及び機構からの書類の送付、問い合わせ等に関する件 2 特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金の受取に関する件			
	代理人 住所及び 電話番号	(〒) 電話番号 ()			
	代理人氏名				
親権者等 に関する事項 (請求者が未成年の ときに記入して下さい)	親権者等氏名	※男・女		生年月日	
書類 発送に 関する事項	特定C型肝炎ウイルス感染者に対する給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付 機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望				※ 不要・必要 ※ 普通郵便 簡易書留
指 定 金 融 機 関	ふりがな	きこう		かすみがせき	
	名 称	機構		銀行	霞ヶ関
	信用金庫	※支店 ()			
ふりがな	きこう はなこ		預金種目	※普通 当座・貯蓄	
口座名義	機構 花子		口座番号	111111111	
<p>上記のとおり、特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第IX因子製剤によるC型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別措置法(平成20年法律第2号)第3条第1項の給付金の支給を請求します。 (代理人を指定するときは)併せて、代理人を指定し、委任事項記載欄の事項を委任するとともに、代理人の行為により生じた問題について機構は一切その責任を負う必要のないことを確認します。 また、代理人は請求者から委任を受けたことに同意します。 令和〇〇年〇〇月〇〇日</p> <p>請求者氏名 機構 花子 代理人氏名 (代理人を指定したとき) 親権者等氏名 (請求者が未成年のとき)</p>					

和解調書等に記載された血液製剤を○で囲んでください。

感染の原因となった血液製剤の投与年月日を記入してください。なお、投与年月日が明確でない場合には、おおよその投与時期を括弧内に記入してください。

給付金の振込先を記入してください。

提出年月日を記入してください。

独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿
※印のところは○で囲んで下さい。 ※※印のところは和解調書等に記載された血液製剤を○で囲み、その投与時期をご記入下さい。