

【請求する方が成年被後見人等の場合の記入例】

感染者の氏名を記入してください。
(例：お子様が感染者の場合であれば、お子様の氏名)

様式第四号 (第三条関係)

提出現在における満年齢を記入してください。

特定C型肝炎ウイルス感染者に対する追加給付金支給請求書

感染者(本人)の住所等を記入してください。

親権者又は後見人等の氏名・住所等を記入してください。

給付金の振込先を記入してください。

		受給者番号	(記入不要)
感染者氏名	ふりがな きこうたろう 機構太郎	※男女	生年月日及び年齢 平成〇〇年〇〇月〇〇日 満16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 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (東京地方) 裁判所 原告番号(111) 調停成立		
※既に支給された給付金・追加給付金の合計額	① 2千円 ② 12百万円		
※悪化したことによる新たな区分	③ 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 ④ 慢性C型肝炎に罹患した者 2千円		
※請求する追加給付金	⑤ 上記③-② 28百万円 ⑥ 上記③-① 2千円 ⑦ 上記④-② 8百万円		
請求者(感染者本人の場合)に関する事項	請求者(〒100-0013) 東京都千代田区霞ヶ関3-3-2 現住所及び電話番号 03(1234)5678		
請求者(感染者の相続人の場合)に関する事項	ふりがな 請求者氏名	代理人を指定しないときも「代理人を指定しない」を○で囲んでください。	年月日
	〒 請求者 現住所及び電話番号		続柄
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	※ 機構からの振込通知書(振込金額、振込先、振込日等が記載されたもの)の送付が必要か不必要か該当するものを○で囲んでください。	
	ふりがな 代理人住所及び電話番号	給付金通知書や振込通知書などの機構からの郵送方法について希望するものを○で囲んでください。	
	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。 (注) 携帯電話番号でも結構です。		
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)	ふりがな 親権者等氏名 きこういちろう 機構一郎	※男女	生年月日 昭和〇〇年〇〇月〇〇日
	〒 親権者等住所及び電話番号		請求者との関係 父
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追加給付金振込時に、機構からの振込通知書の送付 ※ 不要 必要 機構からの振込通知書等の郵送方法に関する希望 ※ 普通郵便 簡易書留		
指金 融 機 関	ふりがな 名 称 きこう 機構	銀行 信用金庫	かすみがせき 霞ヶ関 ※ 支店 ()
	ふりがな 口座名義 きこうたろう 機構太郎	預金種目	※ 普通 当座・貯蓄
		口座番号	111111111
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7条第1項の追加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2年1月16日 請求者氏名 代理人氏名 (代理人を指定したとき) 親権者等氏名 機構一郎 (請求者が未成年のとき)			
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。