

【請求する方(感染者本人)が代理人を指定する場合の記入例】

感染者の氏名を記入してください。

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

ふりがな	きこう はなこ	受給者番号	(記入不要)	
感染者氏名	機構花子	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 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 2千万円 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 4千万円 ④ 慢性C型肝炎に罹患した者 2千万円			
※請求する追加給付金	⑤ 上記③-② 28百万円 ⑥ 上記③-① 2千万円 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 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	※男・女	生年月日	年 月 日
	請求者氏名			
	請求者住所及び電話番号	(〒) 続柄		
	電話番号	()		
代理人に関する事項	※「代理人を指定する」を○で囲んでください。			
	※「代理人を指定する」・代理人を指定しない			
	※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追加給付金の受取に関する件			
	ふりがな	とうきょうと ちよだく 〇〇〇 1-2-3		
	代理人住所及び電話番号	(〒100-0013) 東京都千代田区〇〇〇 1-2-3 電話番号 03 (1234) 5678		
	ふりがな	〇〇〇〇 〇〇〇〇	請求者との関係	代理人弁護士
	代理人氏名	〇 〇 〇 〇		
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	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。		
	親権者等氏名			
	親権者等住所及び電話番号	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。		
	電話番号			
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			
指定金融機関	ふりがな	きこう 機構	銀行 信用金庫 霞ヶ関 ※ 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
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 機構花子 代理人氏名 〇 〇 〇 〇 (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) 独立行政法人医薬品医療機器総合機構理事長 殿				

感染者本人の住所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。

提出年月日を記入してください。

※印のところは○で囲んで下さい。