

【請求する方が感染者本人の場合の記入例】

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

		受給者番号	(記入不要)
ふりがな	きこうはなこ	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
感染者名	機構花子	※男()女(○)	
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)		
※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	請求者氏名	(〒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。(注) 携帯電話番号でも結構です。
請求者(感染者の相続人の場合)に関する事項	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。
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追加給付金の受取に関する件	
	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	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。	
書類発送に関する事項	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 () 必要(○) 不要()	
指金融機関	ふりがな	きこう	かすみがせき
	名称	機構	銀行(○) 信用金庫() 震ヶ関() ※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
<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 (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</p>			

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。