

健 発 1221 第 4 号
平成 27 年 12 月 21 日

各 都 道 府 県 知 事 殿

厚 生 労 働 省 健 康 局 長
(公 印 省 略)

医 療 費 ・ 医 療 手 当 請 求 書 等 の 様 式 変 更 に つ い て

標記について、「予防接種法及び結核予防法の一部を改正する法律の一部等の施行について」（昭和 52 年 3 月 7 日衛発第 186 号）及び「予防接種法の一部を改正する法律等の施行について」（平成 13 年 11 月 7 日健発第 1058 号）により各別紙様式について通知しているところであるが、今般、別添のとおり改正し、平成 28 年 1 月 1 日から適用することとしたので、貴職におかれては、これを了知の上、貴管内市町村（保健所を設置する市及び特別区を含む。）、関係機関等へ周知を図るとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

なお、以下について、併せて周知徹底を図られたい。

記

- 1 今回の改正の趣旨は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成 27 年厚生労働省令第 150 号）が 9 月 29 日に公布され、これにより予防接種法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 36 号）が改正され、予防接種法（昭和 23 年法律第 68 号）第 16 条に基づく各給付の支給に係る各請求書に記載すべき事項として個人番号を追加する等の規定の整備が行われたことによるものであること。
- 2 個人番号を利用して市町村長から請求者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該請求者又はその保護者から同意書をとること。
- 3 国への進達に当たっては、各別紙様式の個人番号欄について記載がある場合は、黒塗りを行う等して、個人番号が特定できないようにすること。
- 4 本通知の適用の際、旧様式については、当分の間、これを取り繕って使用することができるものであること。

医療費・医療手当請求書

① 個人番号										
② ふりがな 氏 名					男女	③ 生年月日		年 月 日		
④ 現住所					⑤世帯主 氏 名		続柄			
受けた 予防接種	⑥ 種類				⑦実施 年月日		年 月 日			
	⑧ 実施者				⑨ 実施場所					
	⑩ 居住地									
⑪ 医療保険等の 種類		健保、国保、その他()			⑫被保険者本人 (組合員本人) 被扶養者の別		本人 被扶養者			
⑬ 医療を受けた医療機関の名称及び所在地		-----								
⑭ 医療を受けた日数			年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分	年月分
入院外 診療実日数		日	日	日	日	日	日	日	日	日
入院日数		日	日	日	日	日	日	日	日	日
⑮ 看護移送等についてはその内容										
⑯ 患者負担額		予 防 接 種 医 療 費								
		円								
		内 訳								
		特殊医療費分	円			医療保険等自己負担額分	円			
⑰ 医療手当請求額		円								
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について、医療費・医療手当の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>										
⑱ 同意欄		<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>								

(注 意)

1. ①の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について医療を受けた者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、2の医療を受けた者の属する世帯の世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、健康被害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1) 「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください
 - (4) 「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5) 「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑪及び⑫の欄は、2に記入した者又はその者を扶養する者の加入している医療保険等について、次により記入してください。
 - (1) ⑪の欄は、健康保険、国民健康保険、その他の該当するものを「○」でかこみ、その他に該当するときは、()に種類を記入してください。
 - (2) ⑫の欄は、②に記入した者が被保険者又は組合員本人であるか、被扶養者であるかの別を「○」でかこんでください。
6. ⑬の欄は、請求に係る疾病について、医療を受けた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑭の欄は、医療手当の請求に係る医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数又は入院外診療実日数別に記入してください。
8. ⑮の欄は、看護、移送を行ったときは、その状況及び医療保険で当該給付を受けたか否かの別を記入してください。
9. ⑯の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。
10. ⑰の欄は、医療手当の請求額を記入してください。
11. 医療手当のみの請求の場合は、⑪、⑫、⑮及び⑯の欄の記載は不要です。
12. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

受 診 証 明 書

① 氏 名		男 女	② 生年月日	年	月	日
③ 現住所						
④ 予防接種を受けたことによる疾病の名称						
⑤ 医療を受けた日数		年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
	入院外 診療実日数	日	日	日	日	日
	入院日数	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	予 防 接 種 医 療 費					
	円					
	内 訳					
	特殊医 療費分	円	医療保険 等自己負 担額分	円		
上記のとおり、予防接種を受けたことによる疾病について医療を行ったことを証明します。						
平成 年 月 日						
医療機関の名称						
所在地						
開設者の氏名						
(印)						

(日本工業規格A列4番)

(注 意)

- 1 予防接種被害者健康手帳により、認定疾病名を確認のうえ記入してください。
なお、認定疾病が原因となって併発した疾病についても証明してください。
- 2 ①～③の欄は、予防接種を受けたことによる疾病(認定疾病が原因となって併発した疾病を含む。以下同じ。)について医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- 3 ④の欄は、予防接種を受けたことによる疾病名を記入してください。
- 4 ⑤の欄は、予防接種を受けたことによる疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- 5 ⑥の予防接種医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

受 診 証 明 書

〔 予防接種健康
被害認定申請用 〕

① 氏 名		男 女	② 生年月日	年 月 日			
③ 現 住 所							
④ 疾 病 名							
⑤ 医療を受けた日数		年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
	入 院 外 診 療 実 日 数	日	日	日	日	日	日
	入 院 日 数	日	日	日	日	日	日
⑥ 患者負担額	医 療 費						
	円						
	内 訳						
	特殊医 療費分	円		医療保険 等自己負 担額分	円		
上記のとおり、医療を行ったことを証明します。							
平成 年 月 日							
医療機関の名称							
所在地							
開設者の氏名							
(印)							

(日本工業規格A列4番)

(注 意)

- この受診証明書は、厚生労働大臣への予防接種健康被害認定申請手続きのためのものです。
- ①～③の欄は、医療を受けた者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ④の欄は、疾病名を記入してください。
- ⑤の欄は、疾病について、医療を受けた日数を1か月ごとに入院実日数及び入院外診療実日数別に記入してください。
- ⑥の医療費の欄は、医療機関に支払った額を記入し、その内訳として特殊医療費分(免疫学的諸検査であって、医療保険対象外)及び医療保険等の自己負担相当額を記入してください。

障害児養育年金請求書

① 個人番号				② 障害児の個人番号			
③ ふりがな 氏名		男女	④ 生年月日	年月日	⑤ 障害児との関係		
⑥ 現住所							
⑦ ふりがな 障害児氏名		男女	⑧ 生年月日	年月日			
⑨ 障害児の現住所							
受けた 予防接種	⑩ 種類	⑪ 実施年月日		年月日			
	⑫ 実施者	⑬ 実施場所					
	⑭ 居住地						
⑮ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日		年月日		⑯ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地			
⑰ 経過及び障害の現況							
⑱ 障害該当年月日 年月日							
⑲ 施設収容の有無及び施設名		有・無	期間	年月から	年月まで		
⑳ 特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無		特別児童扶養手当	有	年月から	級	円	・ 無
		障害児福祉手当	有	年月から	級	円	・ 無
上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、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。							
平成 年 月 日							
請求者氏名							
市 町 村 長 殿							
㉑ 同意欄		私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。					
		申請者署名 _____ 印					
		本人署名 _____ 印					
		（※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載）					

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～④及び⑥の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、請求者と障害児との関係を記入してください。
4. ⑦～⑨の欄は、障害児の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
5. ⑩～⑭の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1) 「⑩種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑪実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「⑫実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4) 「⑬実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5) 「⑭居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
6. ⑮及び⑯の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑰の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
8. ⑱の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
9. ⑲の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
10. ⑳の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当又は障害児福祉手当の受給の有無を記入してください。

また、支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を記入してください。
11. ㉑個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

年 金 額 変 更 請 求 書

① 個人番号																					② 障害児の 個人番号																				
③ ふりがな 氏 名																			男 女	④ 生年月日	年 月 日																				
⑤ 現 住 所																																									
⑥ ふりがな 障害児氏名																			男 女	⑦ 生年月日	年 月 日																				
⑧ 障害児の現住所																																									
⑨ 現に支給を受けている年金	(種 類) 障害児養育年金 障害年金 (等 級) 級 (年金証書番号)																																								
⑩ 他の等級への 該当年月日	年 月 日																																								
⑪ 障害の程度が増 進するに至った 経過及び障害の 現況																																									
上記のとおり、年金の額を変更されたく、必要書類を添えて請求します。																																									
平成 年 月 日																																									
請求者氏名																																									
市 町 村 長 殿																																									
⑫ 同意欄	<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>申請者署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>																																								

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、障害児の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ②、⑥～⑧の欄は、障害児養育年金の受給者のみ記入してください。
4. ⑨の欄は、現に支給を受けている障害児養育年金又は障害年金について、障害等級及び年金証書番号を記入してください。
5. ⑩の欄は、他の障害等級への該当年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、障害の程度が増進するに至った経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑫個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

障害年金請求書

① 個人番号															
② ふりがな 氏名					男女	③ 生年月日 年 月 日									
④ 現住所					⑤ 世帯主 氏名			続柄							
受けた 予防接種	⑥ 種類				⑦ 実施年月日 年 月 日										
	⑧ 実施者				⑨ 実施場所										
	⑩ 居住地														
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日 年 月 日					⑫ 初めて診療を受けた医療機関の名称 及び所在地										
⑬ 経過及び障害の 現況															
⑭ 障害該当年月日 年 月 日															
⑮ 施設収容の有無 及び施設名 有 期間 年 月から 年 月まで 無 施設名															
⑯ 特別児童扶養手当・障害児福祉手当、特別障害者 手当、福祉手当 又は障害基礎年金の受給の有無										特別児童扶養手当	有	{	年 月から	級	無
										障害児福祉手当	有	{	年 月から	級	} ・ 無
										特別障害者手当 福祉手当	有	{	年 月から	級	
										障害基礎年金	有	{	年 月から	級	} ・ 無
										年金証書の記号番号					
⑰ 後遺症一時金の 受給の有無										有	{	受給年月日 年 月 日	級	} 無	
											{	等級	級		
											{	受給額	円		
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>															
⑰ 同意欄										<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>					

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑥種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
6. ⑬の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. ⑮の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
9. ⑯の欄は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定による特別児童扶養手当(20歳未満)、障害児福祉手当(20歳未満)、特別障害者手当(20歳以上)、福祉手当(20歳以上)又は国民年金法の規定による障害基礎年金(20歳以上)の受給の有無について、記入してください。

また、これらの支給を受けている場合は、その額、等級及び支給を受けた期間を、障害基礎年金の支給を受けているときは、その年金証書の記号番号を記入してください。
10. ⑰の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。

また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び支給額を記入してください。
11. ⑱個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

死亡一時金請求書

① 個人番号				② 死亡者の個人番号			
③ ふりがな氏名				男 女	④ 生年月日		年 月 日
⑤ 現住所							
⑥ ふりがな死亡者氏名				男 女	⑦ 生年月日		年 月 日
受けた 予防接種	⑧ 種類			⑨ 実施年月日		年 月 日	
	⑩ 実施者			⑪ 実施場所			
	⑫ 居住地						
⑬ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日				年 月 日		⑭ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地	
⑮ 経過							
⑯ 死亡年月日				年 月 日		⑰ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地	
⑱ 遺族の状況	氏名	生年月日	続柄	現住所			備考
		・					
		・					
		・					
⑲ 遺族の状況について参考となる事項							
⑳ 障害年金受給の有無				有 (年 月から 年 月まで) ・ 無			
㉑ 後遺症一時金の受給の有無				有 { 受給年月日 年 月 日 } { 等級 級 } { 受給額 円 } ・ 無			
上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、死亡一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。							
平成 年 月 日 請求者氏名							
市 町 村 長 殿							
㉒ 同意欄				私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。			
本人署名 _____ 印							

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥及び⑦の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
4. ⑧～⑫の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1) 「⑧種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2) 「⑨実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3) 「⑩実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4) 「⑪実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5) 「⑫居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑬及び⑭の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
6. ⑮の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
7. ⑯及び⑰の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
8. ⑱の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
9. ⑲の欄は、遺族について参考となる事項があれば、記入してください。
10. ⑳の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
11. ㉑の欄は、後遺症一時金の受給の有無を記入してください。また、支給を受けたことがある場合は、受給年月日、等級及び受給額を記入してください。
12. ㉒個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。
13. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

葬 祭 料 請 求 書

① 個人番号										② 死亡者の個人番号									
③ ふりがな 氏 名					男女					④ 生年月日					年 月 日				
⑤ 現住所										⑥ 死亡した者との関係									
⑦ ふりがな 死亡者氏名					男女					⑧ 生年月日					年 月 日				
受けた 予防接種	⑨ 種類					⑩ 実施年月日					年 月 日								
	⑪ 実施者					⑫ 実施場所													
	⑬ 居住地																		
⑭ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日					年 月 日					⑮ 初めて診療を受けた医療機関の 名称及び所在地									
⑯ 経 過																			
⑰ 死亡年月日					年 月 日					⑱ 死亡の当時診療を受けていた 医療機関の名称及び所在地									
⑲ 申請者が葬祭を行う年月日又は 行った年月日					年 月 日														
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>																			
⑳ 同意欄					<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p>														

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑨種類」は、ジフテリア等の対象疾病の種類及び定期、定期外又は臨時の別を「ジフテリア、定期(第1期第1回)」、「〇〇〇、臨時」というように記入してください。
 - (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(を受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑫実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑬居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
6. ⑭及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
10. ⑳個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

未支給給付請求書

① 個人番号										② 死亡者の個人番号																			
③ ふりがな 氏名										男 女	④ 生年月日					年 月 日													
⑤ 現住所																													
⑥ 支給前死亡者との身分関係																													
支給前死亡者										⑦ ふりがな 氏名					男 女	⑧ 生年月日					年 月 日								
										⑨ 死亡時の住所																			
										⑩ 死亡年月日										年 月 日									
⑪ 未支給の給付の種類及びその額																													
<p>上記のとおり、予防接種による健康被害に関する給付のうち、未支給分の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>																													
⑫ 同意欄										<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p>																			

(日本工業規格A列4番)

(注 意)

- ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
- ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
- ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
- ⑦～⑩の欄は、死亡者の氏名、性別、生年月日、死亡時の住所、及び死亡年月日を記入してください。
- ⑪の欄は、未支給の給付の種類及びその額を記入してください。
- ⑫個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日生	男・女
就学状況	不就学	在学(学校名、学年)		卒業
就労場所	1 なし 2 授産施設 3 小規模作業所 4 あり(具体的に) 5 その他 () ()			
就労能力	1 障害のために就労できない 2 障害のために就労に高度の制限を受けている 3 障害のために就労に制限を受けている 4 就労にほとんど制限を受けない			

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診 断 名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし あり(回/年 月 週 日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
身体所見(神経学的検査所見を含む)			
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度)	テスト方式()	テスト不能
	知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	精神年齢(MA)	
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 食事の用意後片付け (ひとりのできる 介助があればできる できない) 用便(月経)の始末 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 入浴・洗面・着衣 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 簡単な買い物 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 家族との話 (通じる 少しは通じる 通じない) 家族以外の者との話 (通じる 少しは通じる 通じない) 刃物・火事の危険 (わかる 少しはわかる わからない) 火気の使用 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る (守れる 不十分ながら守れる 守れない) 乗り物を利用した外出 (ひとりのできる 介助があればできる できない) 電話の応対 (できる 少しはできる できない) その他		
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする	
	3 生活指導を必要とする	4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名 (印)			

* 患者の身体状況について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的可能度
歩行(平地)	可能 (km)	つたい歩き可能	不 能	
起立位	可能 不 能			
座 位	正座 横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うずくまる 不 能
下 肢 長	右 cm			左 cm
握 力	右 kg			左 kg
運 動 麻 痺	右 上肢	右 下肢		
	左 弛緩性 痙 性	不随性	左 強 剛	しんせん 失 調
その他の運動 障 害	(巧遅性、スピード等)			
日常生活状況	日常生活能力の判定、(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)			
	食 事	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	用 便 の 始 末	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	入 浴 ・ 洗 面	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	着 衣	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
そ の 他				
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
そ の 他 特 記 す べ き 事 項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日				
居住地又は勤務先				
医 師 氏 名 (印)				

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼言語機能障害等)

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
障害の状態及び 検 査 所 見				
日常生活状況				
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
そ の 他 特 記 す べ き 事 項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日				
居住地又は勤務先				
医 師 氏 名 (印)				

障 害 年 金 請 求 書

① 個人番号											
② ふりがな 氏 名					男女	③ 生年月日	年 月 日				
④ 現住所					⑤世帯主 氏 名			続柄			
受けた 予防接種	⑥ 種類				⑦ 実施年月日	年 月 日					
	⑧ 実施者				⑨ 実施場所						
	⑩ 居住地										
⑪ 当該疾病につき 初めて診療を受 けた年月日		年 月 日			⑫ 初めて診療を受 けた医療機関の 名称及び所在地						
⑬ 経過及び障害の 現況											
⑭ 障害該当年月日		年 月 日									
⑮ 施設収容の有無 及び施設名		有 ・ 無		期 間	年 月 から		年 月 まで		施設名		
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる障害について、障害年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>											
⑯ 同意欄		<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>(※自署できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び医療を受けた者との続柄を記載)</p>									

(日本工業規格A列4番)

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を記入してください。
2. ②～④の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑤の欄は、②に記入した者の属する世帯主の氏名及び続柄を記入してください。
4. ⑥～⑩の欄は、障害の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑥種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑦実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑧実施者」は、実施に当たった市区町村長(を受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑨実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑩居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
5. ⑪及び⑫の欄は、障害の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
6. ⑬の欄は、障害の状態となるまでの経過及び障害の現況を具体的に記入してください。
7. ⑭の欄は、障害の状態となった年月日を記入してください。
8. ⑮の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
9. ⑯個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族年金 請求書
遺族一時金

① 個人番号				② 死亡者の個人番号				
③ ふりがな 氏名				男女	④ 生年月日			年 月 日
⑤ 現住所				⑥ 死亡者との身分関係				
⑦ ふりがな 死亡者氏名				男女	⑧ 生年月日			年 月 日
受けた 予防接種	⑨ 種類			⑩ 実施年月日			年 月 日	
	⑪ 実施者			⑫ 実施場所				
	⑬ 居住地							
⑭ 当該疾病につき初めて診療を受けた年月日				年 月 日	⑮ 初めて診療を受けた医療機関の名称及び所在地			
⑯ 経過								
⑰ 死亡年月日				年 月 日	⑱ 死亡の当時診療を受けていた医療機関の名称及び所在地			
⑲ 施設収容の有無及び施設名		有・無		期間		年 月から 年 月まで		
⑳ 遺族の状況	氏名	生年月日	㉑の死亡者との身分関係		現住所	備考		
		・						
		・						
		・						
㉑ 死亡者と請求者との生計維持関係		1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者の生活費を		1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし		
㉒ 障害年金受給の有無		有 (年 月から 年 月まで) ・ 無						
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金・遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>								
㉓ 同意欄		<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p>						

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、夫、妻など死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑫実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑬居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
6. ⑭及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲の欄は、重症心身障害児施設等の施設に入所している場合には「有」を、施設に入所していない場合には「無」を「○」でかこんでください。また、入所している場合には、その期間及び施設名を記入してください。
10. ⑳の欄は、死亡者の遺族の状況を記入してください。
11. ㉑の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
12. ㉒の欄は、死亡した者の障害年金の受給の有無について、記入してください。また、支給を受けていた場合は、その支給を受けていた期間を記入してください。
13. ㉓個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。
14. 支給を受けるべき者が2人以上あるときは、連名で請求するようにしてください。

遺族年金請求書（胎児用）

① 個人番号				② 死亡者の個人番号			
③ ふりがな 氏名			男女	④ 生年月日		年 月 日	
⑤ 現住所							
⑥ 死亡者との身分関係							
⑦ ふりがな 死亡者氏名			男女	⑧ 生年月日		年 月 日	
⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所				⑩ 死亡年月日		年 月 日	
⑪ 既に遺族年金の 支給決定を受けて いる遺族	氏名	生年月日	⑦の死亡 者との 身分関係	現住所		年金証書番号 ----- 個人番号	
		..					
		..					
		..					
		..					
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>							
<p>⑫ 同意欄</p> <p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p> <p>本人署名 _____ 印</p>							

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、死亡者について、既に遺族年金の支給を受けている遺族について記入してください。
7. ⑫個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族年金請求書（後順位者用）

① 個人番号				② 死亡者の個人番号			
③ ふりがな 氏名			男女	④ 生年月日		年 月 日	
⑤ 現住所							
⑥ 死亡者との身分関係							
⑦ ふりがな 死亡者氏名			男女	⑧ 生年月日		年 月 日	
⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所				⑩ 死亡年月日		年 月 日	
⑪ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現住所			
		..					
		..					
		..					
		..					
⑫ 遺族年金を受ける ことができた先順位 者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号 個人番号		
		..					
		..					
		..					
		..					
⑬ 死亡者と 請求者との 生計維持関係		1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者 の生活費を		1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし	
その他参考となる事項:							
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族年金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>							
⑭ 同意欄		<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p>					

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑫の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けることができた先順位の遺族について記入してください。
8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑭個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

遺族一時金請求書（差額一時金用）

① 個人番号				② 死亡者の個人番号			
③ ふりがな 氏名			男女	④ 生年月日		年 月 日	
⑤ 現住所							
⑥ 死亡者との身分関係							
⑦ ふりがな 死亡者氏名			男女	⑧ 生年月日		年 月 日	
⑨ 死亡者が死亡の 当時有していた 住所				⑩ 死亡年月日		年 月 日	
⑪ 遺族の状況	氏名	生年月日	⑦の死亡者 との身分関係	現住所			
		..					
		..					
		..					
⑫ 遺族年金を受けて いた者の状況	氏名	生年月日	死亡年月日	死亡の当時 有していた住所	年金証書番号 個人番号		
		..					
		..					
		..					
⑬ 死亡者と請求 者との生計維持 関係	1 同居 2 同居していない		死亡者が請求者 の生活費を		1 全額負担 2 一部負担 3 負担なし		
	その他参考となる事項:						
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、遺族一時金の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>							
⑭ 同意欄	<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p>本人署名 _____ 印</p>						

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、長男、次男などの死亡者との具体的関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨及び⑩の欄は、死亡者が死亡の当時有していた住所、死亡年月日を記入してください。
6. ⑪の欄は、請求者以外の遺族年金を受けることができる遺族について記入してください。
7. ⑫の欄は、⑦の死亡者の死亡に関して遺族年金の支給を受けていた遺族について記入してください。
8. ⑬の欄は、死亡者と請求者との同居の有無について、該当するものを「○」でかこみ、同居の場合には、さらに()内の該当するものを「○」でかこんでください。
また、その他参考となる事項があれば記入してください。
9. ⑭個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

葬 祭 料 請 求 書

① 個人番号										② 死亡者の個人番号										
③ ふりがな 氏 名										男 女	④ 生年月日					年 月 日				
⑤ 現住所										⑥ 死亡した者との関係										
⑦ ふりがな 死亡者氏名										男 女	⑧ 生年月日					年 月 日				
受けた 予防接種	⑨ 種類										⑩ 実施年月日					年 月 日				
	⑪ 実施者										⑫ 実施場所									
	⑬ 居住地																			
⑭ 当該疾病につき 初めて診療を受けた年月日										年 月 日					⑮ 初めて診療を受けた医療機関の 名称及び所在地					
⑯ 経 過																				
⑰ 死亡年月日										年 月 日					⑱ 死亡の当時診療を受けていた 医療機関の名称 及び所在地					
⑲ 申請者が葬祭を 行う年月日又は 行った年月日										年 月 日										
<p>上記のとおり、予防接種を受けたことによる死亡について、葬祭料の支給を受けたく、必要書類を添えて請求します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">請求者氏名</p> <p>市 町 村 長 殿</p>																				
⑳ 同意欄										<p>私は、個人番号を通じて自身の税情報を提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">本人署名 _____ 印</p>										

(注 意)

1. ①の欄は、請求者の個人番号を、②の欄には、死亡した者の個人番号を記入してください。
2. ③～⑤の欄は、請求者の氏名、性別、生年月日及び現住所を記入してください。
3. ⑥の欄は、請求者と死亡者との関係を記入してください。
4. ⑦及び⑧の欄は、予防接種を受けたことにより死亡した者の氏名、性別及び生年月日を記入してください。
5. ⑨～⑬の欄は、死亡の原因となった予防接種について、次のように記入してください。
 - (1)「⑨種類」は、インフルエンザ、肺炎球菌感染症等の対象疾病の種類を記入してください。
 - (2)「⑩実施年月日」は、当該予防接種を受けた年月日を記入してください。
 - (3)「⑪実施者」は、実施に当たった市区町村長(受けた当時の居住地の市区町村長になります)等の名称を記入してください。市区町村長等以外で受けたときは、()の中にその医療機関の名称を記入してください。
 - (4)「⑫実施場所」は、当該予防接種を受けた場所を具体的に記入してください。
 - (5)「⑬居住地」は、当該予防接種を受けた当時の居住地を記入してください。
6. ⑭及び⑮の欄は、死亡の原因となった疾病につき、初めて医師の診療を受けた年月日並びにその医療機関の名称及び所在地を記入してください。
7. ⑯の欄は、死亡に至る経過を具体的に記入してください。
8. ⑰及び⑱の欄は、死亡の年月日並びに死亡の際診療を受けていた医療機関の名称及び所在地を記入してください。
9. ⑲の欄は、葬祭を行う年月日、又は行った年月日を記入してください。
10. ⑳個人番号を利用して市町村長から患者又はその保護者の地方税関係情報の提供を受ける場合は、事前に必ず当該患者又はその保護者から同意書をとるようにしてください。

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日生	男・女
就学状況	不就学	在学(学校名、学年)		卒業
就学状況	就労場所	1 なし 2 授産施設 3 小規模作業所 4 あり(具体的に) 5 その他 () ()		
	就労能力	1 障害のために就労できない 2 障害のために就労に高度の制限を受けている 3 障害のために就労に制限を受けている 4 就労にほとんど制限を受けない		

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診 断 名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし あり(回/年 月 週 日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他()	
身体所見 (神経学的検査所見を含む)			
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度)	テスト方式()	テスト不能
	知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	精神年齢(MA)	
日常生活状況	日常生活能力	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)	
		喫食 (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
		食事の用意後片付け (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
		用便(月経)の始末 (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
		入浴・洗面・着衣 (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
		簡単な買い物 (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
		家族との話 (通じる 少しは通じる 通じない)	
		家族以外の者との話 (通じる 少しは通じる 通じない)	
		刃物・火事の危険 (わかる 少しはわかる わからない)	
		火気の使用 (ひとりのできる 介助があればできる できない)	
	戸外での危険(交通事故等)から身を守る (守れる 不十分ながら守れる 守れない)		
	乗り物を利用した外出 (ひとりのできる 介助があればできる できない)		
	電話の応対 (できる 少しはできる できない)		
	その他		
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする	
	3 生活指導を必要とする	4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。			
年 月 日			
居住地又は勤務先			
医 師 氏 名			
(印)			

* 患者の身体状況について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

II 運動障害の程度

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的可能度
歩行(平地)	可能 (km)	つたい歩き可能	不能	
起立位	可能 不能			
座 位	正座 横座 あぐら	脚をなげ出して座る	うずくまる	不能
下 肢 長	右 cm		左 cm	
握 力	右 kg		左 kg	
運 動 麻 痺	右 上肢		右 下肢	
	左 弛緩性 痙 性	不随性	左 強 剛	しんせん 失 調
その他の運動 障 害	(巧遅性、スピード等)			
日常生活状況	日常生活能力の判定、(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)			
	食 事	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	用 便 の 始 末	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	入 浴 ・ 洗 面	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
	着 衣	(ひとりできる	介助があればできる	できない)
そ の 他				
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
そ の 他 特 記 す べ き 事 項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日				
居住地又は勤務先				
医 師 氏 名 (印)				

III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼言語機能障害等)

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
障害の状態及び 検 査 所 見				
日常生活状況				
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
そ の 他 特 記 す べ き 事 項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日				
居住地又は勤務先				
医 師 氏 名 (印)				