

副作用救済給付用 障害児養育年金請求書 入力フォーム 1

請求者の名前

請求者の名前（フリガナ）

性別

☐ 男 ☐ 女

生年月日

☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和
☐ 平成 ☐ 令和

年	月	日
---	---	---

年齢

歳

郵便番号

電話番号

現住所

フリガナ（	）
-------	---

障害児との身分関係（障害児からみた身分）

障害児の名前

障害児の名前（フリガナ）

障害児の性別

☐ 男 ☐ 女

障害児の生年月日

☐ 平成 ☐ 令和

年	月	日
---	---	---

障害児の年齢

歳

障害児の郵便番号

障害児の電話番号

障害児の現住所

フリガナ（	）
-------	---

副作用によるものとみられる障害について、現在の状況を記入してください

副作用によるものとみられる疾病の名称（病名）または症状 診断書の（4）を参考に記入してください

副作用救済給付用 障害児養育年金請求書 入力フォーム2

障害の原因とみられる医薬品名と、医薬品を処方した医療機関や医薬品を購入したドラッグストアの名称、所在地

医薬品等の名称	医療機関等の名称	医療機関等の所在地

疾病について初めて診療を受けた病院、診療所の名称および所在地ならびに初診日

医療機関等の名称	
医療機関等の所在地	
初診日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日

今までに医療費・医療手当を受給したことがありますか

- ☐ 有
☐ 無

受給者番号

障害又は疾病について訴訟又は示談の有無

☐ 有 （ ☐ 刑事事件 ☐ 民事事件 ☐ 和解 ☐ 示談 ） ・ ☐ 無

救済制度に関する情報の入手経路について

☐ 医師 ☐ 歯科医師 ☐ 薬剤師 ☐ その他の医療機関職員 ☐ 新聞・TV等 ☐ その他

請求日

令和 年 月 日

副作用救済給付用

障害児養育年金請求書

(1) フリガナ 請求者の氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(2) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(3) フリガナ 現 住 所	(〒 -)				電 話 ()	
(4) 障害児との身分関係						
(5) フリガナ 障害児の氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	(6) 生年月日 及び年齢	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	歳
(7) フリガナ 現 住 所	(〒 -)				電 話 ()	
(8) 副作用による ものとみられる 障害の現況						
(9) 副作用によるもの とみられる疾病の 名 称 又 は 症 状						
(10) (8)の障害の原因とみられる医薬品等とその入手・使用場所						
医薬品等の名称	医療機関等の名称	所在地				
(11) (9)の疾病について 初めて診療を受けた 病院又は診療所の 名称及び所在地 並びに年月日	病院又は診療所の名称 所 在 地 初 診 日	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和				
(12) (9)の疾病について当機構からの医療費・医療手当 の受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 (受給者番号:) ・ <input type="checkbox"/> 無					
(13) (8)の障害又は(9)の疾病について訴訟又は示談の 有無	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 刑事事件 <input type="checkbox"/> 民事事件 <input type="checkbox"/> 和解 <input type="checkbox"/> 示談) ・ <input type="checkbox"/> 無					
(14) 救済制度に関する情報の入手経路について	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> その他の医療機関職員 <input type="checkbox"/> 新聞・TV 等 <input type="checkbox"/> その他()					
上記のとおり、請求に係る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。 令和 年 月 日 請求者氏名 独立行政法人 医薬品医療機器総合機構 理事長 殿						

救済給付に係る情報（請求者の個人情報を除く。）は、「医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律」第 68 条の 10 第 3 項の規定に基づき、安全対策に利活用されますので、予めご了承下さい。

障害児養育年金

(注意)

- 1 記入欄に書ききれない場合には、同欄に「別紙」と記入し、別紙に書いて、請求書に添付して下さい。
- 2 (4)の欄には、父、母、養父、養母など障害児との具体的関係を記入して下さい。
- 3 (8)～(11)の欄は、医師又は歯科医師の診断書等を参照のうえ次により記入して下さい。
(ア) (8)の欄には、失明、腎不全などの障害の部位又は状態を具体的に記入するか、あるいは「別紙書類のとおり」と記入して下さい。
(イ) (9)の欄には、障害の原因となった副作用によるものとみられる疾病の名称を記入して下さい。
適当な名称がない場合には、症状を簡潔に記入して下さい。
(ウ) (10)の欄には、障害の原因とみられる医薬品等について、記入例を参考にするとともに、次により記入して下さい。
(その医薬品等が2種類以上ある場合には、それらすべてについて記入して下さい。)
なお、(9)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合には、この欄の記入は不要です。
① 「医薬品等の名称」は、実際に使用した医薬品、又は再生医療等製品の販売名を記入して下さい。販売名が不明の場合には、一般名でも結構です。
また、知人から入手した場合など、医療機関等以外から入手、使用した場合にも同欄に記入して下さい。
医療機関から発行された院外処方箋による医薬品の場合には、おくすり手帳や薬剤情報提供文書のコピー等を可能な限り添付して下さい。
なお、(10)の欄に記載がない医薬品等であっても、障害年金・障害児養育年金診断書(様式7の(1)～様式7の(7))その他の資料において、副作用救済給付の支給又は不支給の決定のうえで必要な医薬品等の使用が明らかとなった場合には、(10)の欄に記載の医薬品と同様に、(8)の障害の原因とみられる医薬品等として取り扱うこととします。
② 「医療機関等の名称」及び「所在地」には、「医薬品等の名称」に記載した各医薬品等について、投薬された、若しくは使用された病院・診療所又は入手した薬局等(処方箋に基づいて入手した場合には、処方箋を交付した病院・診療所)の名称及び所在地を記入して下さい。
- 4 (12)の欄は、(9)の疾病について、当機構からの医療費又は医療手当の受給の有無について、該当するものにチェックし、有の場合には、受給者番号を記入して下さい。
- 5 (13)の欄は、その有無について該当するものにチェックし、有の場合には、さらに()内の該当するものにチェックして下さい。
なお、刑事事件及び民事事件については、裁判中のもの及び確定判決が出たものを含みます。
また、裁判上の和解の場合には和解を、それ以外の和解の場合には示談をチェックして下さい。
- 6 (14)の欄は、該当するものにチェックして下さい。その他の場合は、さらに()内に具体的な救済制度に関する情報の入手経路を記入して下さい。
- 7 この請求書には、次の書類を添付して下さい。
なお、(9)の疾病について、当機構から医療費又は医療手当の支給の決定があった場合には、(イ)の書類は不要です。
(ア) 障害年金・障害児養育年金診断書(様式7の(1)～7の(7))
(イ) 投薬・使用証明書(様式3)又は販売証明書(様式4)
ただし、(10)の医薬品等が(ア)の診断書を作成する医師によって使用された場合(処方箋を交付した場合を含みます。)には不要です。
(ウ) 請求者が障害児を養育していることを証明することができる書類
ただし、請求者が障害児の父母又は養父母であり、障害児と同居している場合には不要です。