様式第２号

補　償　金　請　求　書

年　　月　　日

堺　市　長　殿

請求者　住　所
氏　名
申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください
被害者との続柄（　　）

堺市予防接種事故に対する補償金支給要綱に基づき次のとおり補償金を請求します。

記

１　補償金の種類　　死　亡　　障　害　　補償金

２　補償金の額　　金　　円

３　被害者　　住　　所
氏　　名
生年月日

４　実施した予防接種名

５　実施場所

６　その他