様式第一号（第一条関係）

様式第一号を次のように改める。

特定Ｃ型肝炎ウイルス感染者に対する給付金支給請求書

			番　号	（記入不要）
ふりがな 感染者氏名		※男・女	生年月日及び年齢	年　月　日 満　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　　年　月　日（　　）裁判所　原告番号（　　） 調停成立			
※※ 感染の原因となった血液製剤及び投与時期	１　特定フィブリノゲン製剤 （フィブリノーゲン―BBank フィブリノーゲン―ミドリ フィブリノゲン―ミドリ フィブリノゲンＨＴ―ミドリ）	２　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤 （ＰＰＳＢ―ニチヤク）	３　特定血液凝固第Ⅸ因子製剤 （コーナイン クリスマシン クリスマシン―ＨＴ）	
	年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	年　月　日 （　年　月頃～　年　月頃）	
※ 請求する給付金	①　慢性Ｃ型肝炎が進行して、肝硬変若しくは肝がんに罹患し、又は死亡した者　４千万円 ②　慢性Ｃ型肝炎に罹患した者　２千万円 ③　無症候性キャリア　12百万円			
請求者（感染者本人の場合）に関する事項	請求者現住所及び電話番号	（〒　―　） 電話番号　（　）		
請求者（感染者の相続人の場合）に関する事項	ふりがな 請求者氏名		※男・女	生年月日　年　月　日
	請求者現住所及び電話番号	（〒　―　） 電話番号　（　）		続柄
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給付金の受取に関する件		
	ふりがな 代理人住所及び電話番号	（〒　―　） 電話番号　（　）		
	ふりがな 代理人氏名		請求者との関係	
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 親権者等氏名		※男・女	生年月日　年　月　日
	親権者等住所及び電話番号	（〒　―　） 電話番号　（　）	請求者との関係	
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 名称	銀行 信用金庫　※　支店・（　）		
	ふりがな 口座名義		預金種目	※　普通・当座・貯蓄
			口座番号	

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３条第１項の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。

年　月　日

請求者氏名
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

※印のところは○で囲んで下さい。　※※印のところは和解調書等に記載された血液製剤を○で囲み、その投与時期をご記入下さい。