

**【障害年金相談シート】**

**計3枚ありますが、分かる部分のみご記入下さい。**

ご記入の上、相談日当日にご持参いただければ、申請タイミングを早めることにつながります。

記入年月日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名	性別	男・女
住所	〒 —	
電話番号	自宅： — —	携帯： — —
メールアドレス	@	
ご都合の良い連絡方法	自宅電話	・ 携帯電話 ・ メール
生年月日	昭和・平成 年 月 日	( 歳)
基礎年金番号	—	
傷病名		
上記に関連する傷病		
発症日	昭和・平成 年 月 日	
健康診断等での指摘	指摘 有 ・ 無	
	健診日：	昭和・平成 年 月 日
	<指摘事項など>	
初めて受診した医療機関	初診日：	昭和・平成 年 月 日
	医療機関名：	
	所在地：	
障害認定日 (空白で結構です)	昭和・平成 年 月 日	
初診日の年金の加入状況	国民年金	・ 厚生年金 ・ 共済年金

初診日以前の 年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は会社員又は公務員（厚生年金又は共済年金に加入） 1年以上は継続して在職していた  <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業・専業主婦・学生・無職</u> ※いずれか○で囲んでください  <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください  <input type="checkbox"/> その他 ※思いつく範囲内でご記入下さい ( )
障害者手帳の有無	有 手帳名 ( ) 級 ・ 無
障害年金の有無	有 ( ) 級 ・ 無
生活の状況	一人暮らし・家族と同居 ( ) ・ 家族以外と同居 (グループホーム・入所施設・入院中・会社の寮・その他 )
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供 (18歳以下) 人
障害年金を知ったきっかけ	ネット・チラシ・病院の紹介・知人の紹介・その他 ( )
現在受療中の医療機関	有・無
上記有の場合	医療機関名：
	担当医：
	病名・診断名：

3枚目に続きます↓

1. 発症～初診日～現在までの状況（可能な範囲でご記入ください）

病院名と受診期間	自覚症状・通院頻度・入院有無・投薬有無・治療内容・日常生活の状況(不自由さ)等
発症日 (昭和・平成 年 月 日)	発症当時の症状
病院名 ( ) 初診日(昭和・平成 年 月 日) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	

## 2. 当事務所について

住所：大阪市北区梅田1丁目11-4 大阪駅前第4ビル 10F

電話番号：06-6131-5918

## 3. 下記をご準備いただくと申請までがスムーズに行うことができます。

- ① 印鑑
- ② 年金手帳
- ③ この用紙
- ④ 障害者手帳（持っている場合）
- ⑤ 申請時に使用した診断書の写し（障害者手帳を持っている場合）

## 4. その他ご要望、質疑、確認等ございましたらご記入ください。