

【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 令和 年 月 日

| | |
|--------------------|---------------------------|
| ふりがな 氏名 ・ 性別 | 様 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・令和 年 月 日 |
| 健康診断等での指摘 | 指摘 有 ・ 無 |
| | 健診日： 昭和・平成・令和 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・令和 年 月 日 |
| | 医療機関名： カルテ 有 ・ 無 |
| | 所在地： |
| 障害認定日 (空白で結構です) | 昭和・平成・令和 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 ・ 20歳前 |

| | |
|--|---|
| 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 |
| | 手帳申請時の診断書の写し 有 ・ 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： 年金言及 有 ・ 無 |
| | 病名・診断名： 次回通院日 (/) |
| 現在の就労の状況 | 正社員・パート・障害者雇用・生活保護・その他 () |
| | |
| 各手当受給有無 | 生活保護 有 ・ 無 (受給期間 ~) |
| | 傷病手当金 有 ・ 無 (受給期間 ~) |
| | 児童扶養手当 有 ・ 無 (金額 : 月/) |
| | その他 () |

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・令和 年 月 日) | 発症当時の症状 |
| 病院名 () 受診期間 <u>【初診日】</u> 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 病院名 () 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 病院名 () 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 | |
| 病院名 () 受診期間 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 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。