

**【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 (精神疾患での請求の場合、 内科で抗不安薬等を処方さ れた場合を含みます)	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 ( / )
	通院頻度： 月 ・ 週 に 回
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 ( )
	就労状況： 週 ・ 月 に ( ) 日 1日 ( ) 時間
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）（足りない場合は本紙コピーして下さい）

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

