

【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 有 ・ 無 (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	

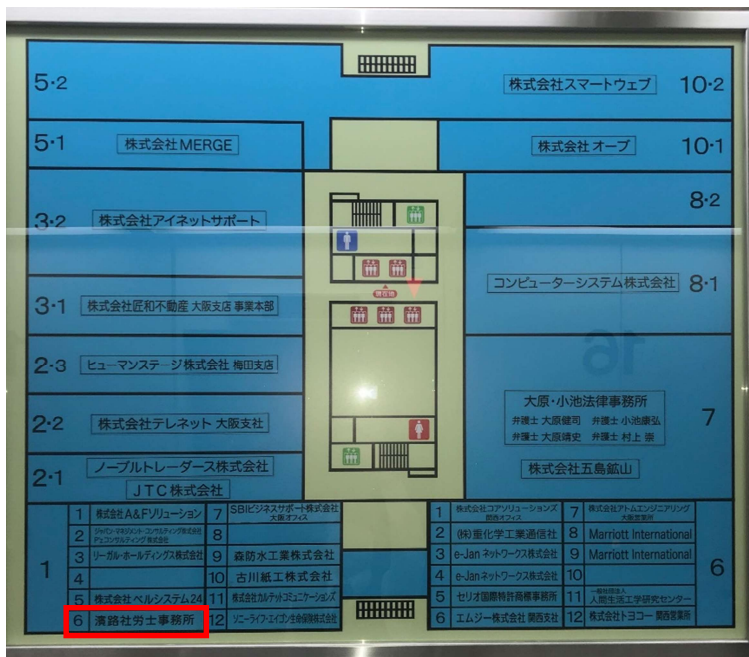
2. 当事務所について

住所：大阪市北区梅田1丁目11-4 大阪駅前第4ビル 16F

電話番号：06-6131-5918

大阪駅前第4ビルの高層用エレベーターで16階まで上がり、エレベーターホールのフロアマップで「濱路社労士事務所」をお探してください。部屋前までこられましたら内線でお呼びいただきましたら担当が応接室へご案内いたします。

【16階 フロアマップ】



(エレベーターホールを降りて、女性トイレの方向に歩いていくとシルバーの扉と看板が見えてまいります。)

3. 下記をご準備いただくと申請までを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 障害者手帳を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)
- ⑥ 過去の通院記録がわかるもの (診察券・診断書・お薬手帳等)
- ⑦ 年金振り込みを希望される銀行口座のコピー (銀行名・支店名・口座番号・名前のフリガナがわかる部分)

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。