

【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。空白が多くても大丈夫です。

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

① ^{ふりがな} 氏名 ・ 性別	様 男 ・ 女
②住所	〒 —
③電話番号	自宅： — — 携帯： — —
④メールアドレス	@
⑤ご都合の良い連絡方法	自宅電話 ・ 携帯電話 ・ メール
⑥生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
⑦基礎年金番号	—
⑧傷病名	
⑨上記に関連する傷病	
⑩発症日	昭和・平成・令和 年 月 日 頃
⑪初めて受診した医療機関 (精神疾患の場合、内科で抗不安薬・睡眠導入剤を処方された場合を含めて記入ください)	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：
⑫障害認定日 有 ・ 無 (空白で結構です)	昭和・平成・令和 年 月 日
⑬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
⑭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✓を入れて下さい初診日が20歳前の方は記入不要です。)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は、会社員又は公務員であり1年以上は継続して在職していた(給料から厚生年金保険料や健康保険料が控除されていた)(在職 年目) <input type="checkbox"/> 初診日当時は、主婦・パートであった(会社員・公務員の夫の扶養であった) <input type="checkbox"/> 初診日当時は自営業・学生・アルバイト・無職であった。年金の保険料(月/約16,000円)は、 <input type="checkbox"/> 毎月定期的に納付していた <input type="checkbox"/> 何も処理していない(滞納) <input type="checkbox"/> 定期的に免除手続きをしていた <input type="checkbox"/> 後になって過去の分を免除手続きをした <input type="checkbox"/> その他 ()

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をコピーして下さい）

※詳細お書きいただくと、受給の見込みをより正確にお伝え出来ます。

<p>⑭病院名と受診期間</p>	<p>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</p>
<p>発症時期（調子が悪くなった時期） (昭和・平成・令和 年 月 日 頃)</p>	<p>発症当時の症状</p>
<p>病院名（初めて受診した医療機関） () 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</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	
<p>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</p>	

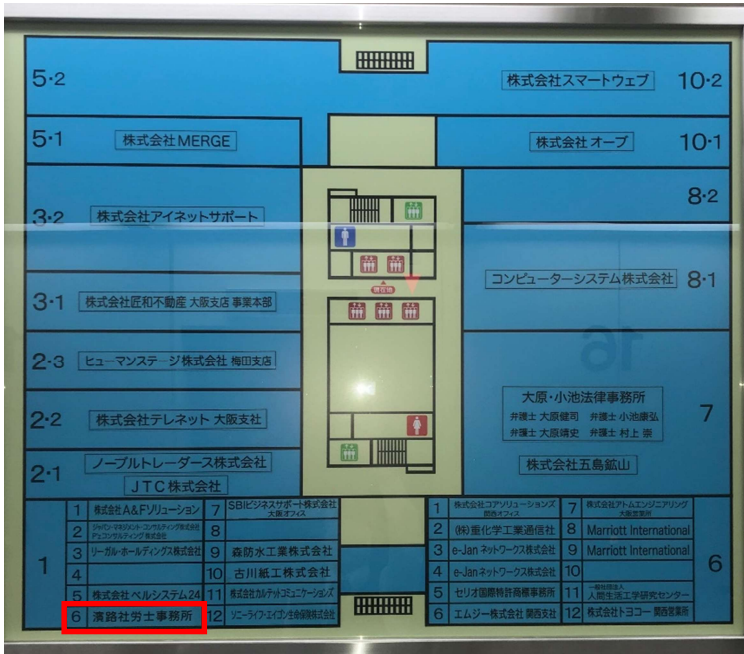
2. 当事務所の場所について

住所：〒530-0001 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 F A X：06-6131-5615

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】



(エレベーターを降りると、こちらのフロアマップの看板があります。)

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（年金の加入記録確認の為、年金機構に委任状をお書きいただく場合がある為です）
- ② 年金手帳（基礎年金番号がわかるもの。「ねんきん定期便」でも可）
- 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。