**【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

|  |  |
| --- | --- |
| 　　・　　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） | * 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* 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた

自営業・専業主婦・学生・無職　　※いずれか〇で囲んでください* 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

自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください* 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：〒600-8216京都市下京区東塩小路町579-11　スタシオンスェリジェ304

電話番号：075-600-2858

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。