※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です

申請タイミングを早めるためにもご協力ください

**相 談 票**記入日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | 男　・　女 |
| 基礎年金番号 |  |
| 〒・住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和・西暦　　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 家族構成（同居の家族） | 父 ・ 母 ・ 配偶者　　子供（18歳以下）　　　人 |
| 傷病名 |  |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　　　）　　　　級 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日　昭和・平成・令和・西暦　　　　年　　　月　　　日  症　状 |
| 【初診日】身体に異変を感じて、一番最初に病院へ行ったのはいつ頃ですか？ | 初　診　日　昭和・平成・令和・西暦　　　　年　　　月　　　日  医療機関名  診　断　名 |
| その時に加入していた年金 | 国民年金　／　厚生年金　／　共済年金 |
| 初診日以前の年金保険料の納付状況（ご記憶の範囲で構いません）  ※右のボックス（□）にチェックを入れてください  わからない場合は無記入でも結構です | * 初診日当時は厚生年金、又は共済年金に加入しており初診日以前から少なくとも1年以上は継続して在職していた * 初診日当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料を支払っていた　※下線のいずれかを○で囲んでください * 初診日当時は自営業・専業主婦・学生・無職であり、国民年金保険料を払った記憶がない※下線のいずれかを○で囲んでください * 免除制度を利用した * その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害年金を知ったきっかけ | □1パソコン □2スマートフォン □チラシ･広告 □知人より  ※1,2は検索キーワード（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害年金の申請について | 自分で申請する予定　／　当センターへ依頼を考えている |

**2枚目につづきます**

【 初診から現在までの状況 】

|  |  |
| --- | --- |
| 通院歴 | 自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称、  医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 一番最初に行った医療機関名  年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　回／月・週）（就労日数　　　日／1ヶ月）  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| 医療機関名    年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　回／月・週）（就労日数　　　日／1ヶ月）  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| 医療機関名    年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　回／月・週）（就労日数　　　日／1ヶ月）  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| 現在通院している病院名    年　　月　　日～  年　　月　　日 | 〇現在仕事をしていますか？　はい　／　いいえ  （通院回数　　　　回／月・週）（就労日数　　　日／1ヶ月）  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |

【 お困りのこと、不安なこと、相談したいこと 】

【 特 記 事 項 】