

※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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初診日当時は <u>自営業・専業主婦・学生・無職</u> 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 <input type="checkbox"/> 初診日当時は <u>自営業・専業主婦・学生・無職</u> 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 <input type="checkbox"/> 免除制度を利用した <input type="checkbox"/> その他 ()
障害年金を知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 1 パソコン <input type="checkbox"/> 2 スマートフォン <input type="checkbox"/> チラシ・広告 <input type="checkbox"/> 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	○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 】