※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 】