【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氏名（ふりがな）　・　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（　　共済）　・　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。）	□　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) □　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) □　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、 □毎月定期的に納付していた　　□何も処理していない(滞納) □定期的に免除手続きをしていた □後になって過去の分を免除手続きをした □その他（　　）

⑮障害者手帳の有無	有　・　無　　精神・療育・身体　　（　　）級
	手帳申請時の診断書の写し　　有　・　無
⑯障害年金の有無	有　・　無　　（　　）級
⑰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　）
⑱家族構成	配偶者　有　・　無　　子供（18 歳以下）　　人
⑲障害年金を知ったきっかけ	ネット（検索したワード：　　）・病院の紹介・知人の紹介（　　）様・その他（　　）
⑳現在受療中の医療機関	有・無
㉑上記有の場合	医療機関名：
	担当医：　　年金言及　有　・　無
	病名・診断名：　　次回通院日（　/　）
	通院頻度：　月　・　週　に　回
㉒現在の就労の状況	正社員・パート・障害者雇用・生活保護・その他（　　）
	就労状況　：　週　・　月　に（　　）日　　1 日（　　）時間
	仕事内容・職場からの配慮など：
㉓各手当受給有無	生活保護　有　・　無（受給期間　～　） 傷病手当金　有　・　無（受給期間　～　） 児童扶養手当　有　・　無（受給期間　～　） （金額　：　月/　） その他　（　）
㉔福祉サービスの利用状況	就労移行支援・移動支援・在宅介護（看護）・その他（　）

3 枚目に続きます↓

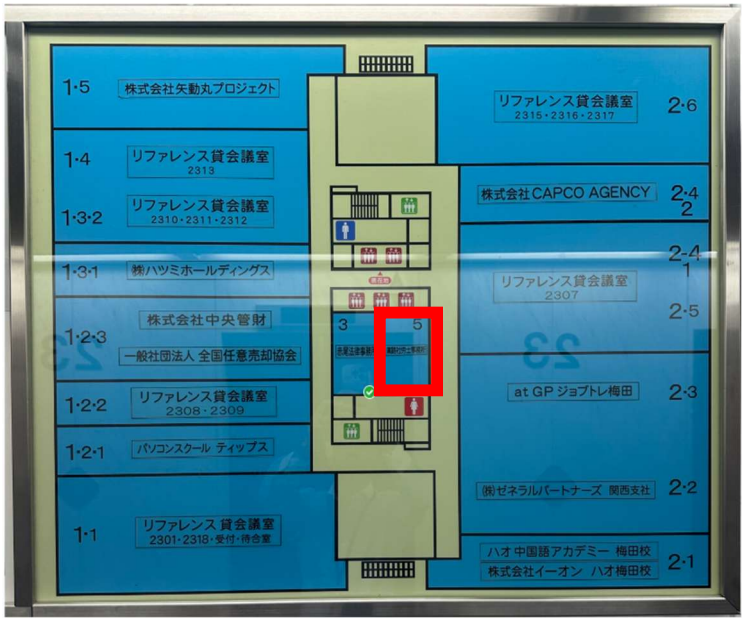
1. 発症～初診日～現在までの状況（可能な範囲でご記入ください）（足りない場合は本紙をコピーして下さい）
※詳細お書きいただくと、受給の見込みをより正確にお伝え出来ます。

㉕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
発症時期（調子が悪くなった時期） (昭和･平成･令和　　年　　月　　日　頃)	発症当時の症状
病院名（初めて受診した医療機関） (　　) 受診期間 【初診日】 昭和・平成・令和　　年　　月　　日 ～ 昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
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	
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	
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	

2.　当事務所の場所について（ご来所の方向け）

住所：〒530-0001　大阪市北区梅田 1 丁目 11-4　大阪駅前第 4 ビル　23F
電話番号：06-6131-5918　ＦＡＸ：06-6131-5615
大阪駅前第 4 ビルの高層用エレベーターで 23 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。

【23 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有ります。）
※高層用エレベーター23 階で降りるとこちらのフロアマップの看板が有ります。女性トイレのほうに歩いていただくとその手前に入り口があります。インターホンにてお呼びください。

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」「マイナンバーカード」でも可）
③ このシート用紙
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（ご依頼を検討いただいている方のみ））

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。