**障　害　年　金　　相　談　票**

　　　/ 　 □

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 相談者名 | | | (続柄　　　) | |
| 住　　　所 | 〒 | | | | | |
| 電 話 番 号 | －　　　 － | 携帯電話番号 | | | －　　　　 － | |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日 | メールアドレス | | | ＠ | |
| 家 族 構 成 | 配偶者：□有(□65歳未満　□65歳以上) 　□無 | | | | | 子供(18歳以下)： 　人 |
| 仕　　　事 | * 就労中　　　□ 休職中　　　□ 無職　　　□ その他 | | | | | |
| 障害年金を  知ったきっかけ | □病院　□年金事務所　□市役所　□知人　□インターネット　□他 | | | | | |
| インターネット検索 | □パソコン　□スマートフォン　□他 | | 検索語 | □障害年金　□傷病名　□住所　□他 | | |
| これまでの相談先 | □医師　□ケースワーカー　□知人　□年金事務所　□市役所　□社労士　□他　□無 | | | | | |
| **＜わかる範囲でご記入ください＞** | | | | | | |
| 傷　病　名 |  | | | | | |
| 障害者手帳 | 級 | 交　付　日 | | | 年　　 月 　　日 | |
| 初　診　日 | 年　　月　　日**（お困りの症状で初めて医師の診察を受けた日）** | | | | | |
| 初診日の加入年金 | * 国民年金　　　□　厚生年金　　　□　共済年金 | | | | | |
| 初診日以前の  年金保険料納付 | □　厚生年金または共済年金に1年以上継続して加入していた  　□　国民年金保険料を1年以上継続して納付していた  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| お困りのこと、不安なこと、相談したいことなど　　**(病歴・経過は次頁にご記入下さい)** | | | | | | |
| 相談時にお持ちいただきたいもの**：**この相談票、年金手帳、認印、障害者手帳、診断書の控等 | | | | | | |

**病歴経過・就労状況・日常生活状況等**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名・受診期間 | 自覚症状、治療内容、就労状況、日常生活状況（不自由さ）等 |
| 発症日**(具合の悪くなり始めた日)**  　　年　　月　　日頃 | 発症当時の症状 |
| **（初めての医療機関名）**    （受診期間）  　　　　年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　　回／月・週）　　　　（就労日数　　　　日／1か月　)  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| （医療機関名）    （受診期間）  　　　　年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　　回／月・週）　　　　（就労日数　　　　日／1か月　)  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| （医療機関名）    （受診期間）  　　　　年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　　回／月・週）　　　　（就労日数　　　　日／1か月　)  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |
| （医療機関名）    （受診期間）  　　　　年　　月　　日～  年　　月　　日 | （通院回数　　　　　回／月・週）　　　　（就労日数　　　　日／1か月　)  （入院期間　　月　　日～　　月　　日） |