

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： <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65歳以上) <input type="checkbox"/> 無		子供(18歳以下)： 人
仕 事	<input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他		
障害年金を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 他		
インターネット検索	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> 他	検索語	<input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 傷病名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 他
これまでの相談先	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> ケースワーカー <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 市役所 <input type="checkbox"/> 社労士 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金		
初診日以前の 年金保険料納付	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 国民年金保険料を1年以上継続して納付していた <input type="checkbox"/> 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) <hr/> (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) <hr/> (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) <hr/> (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) <hr/> (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)