**【障　害　年　金　　相　談　票】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 |  | 相談者名 | 本人以外の場合(続柄　　　) |
| 住　　　所 | 〒　　－ |  |
| 生 年 月 日 | 　　　　年 　　月　 　日 | 電話番号 | 　　 － 　　　 －　　　　 |
| メールアドレス | 　 　　 　　　　　　　　　　**＠** |
| 家 族 構 成 | 配偶者：□無　 □有(□65歳未満　□65歳以上)　 | 子(18歳以下)： 　　人 |
| 基礎年金番号 | 　　　　　　　　― | 他同居家族：□無　□有 |
| 仕　　　事 | * 就労中　　□ 休職中　　□ 無職　　□ その他（　　　　　　）
 |
| 障害者手帳 | □無　□有　□申請中　　　　　 | 交　付　日 | 年　　　 月　 　　日　 |
| 級　 | 障　害　名 |  |
| 傷病手当金受給 | □無　□有(　　年　　月　　日から） | 自立支援医療利用 | □無　□有 |
| アンケートにご協力ください |
| 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 | □スマートフォン　□パソコン　□他 | ネット検索語 | □障害年金　□傷病名　□地域名　□他 |
| これまでの相談先 | □無　　□医師　　□知人　　□年金事務所　　□市役所　　□社労士　　□他　　 |
| 相談前の疑問など | □無　　□受給できるかどうか　　□費用　　□初診日の証明　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 当事務所を選んだ理由 | □自宅から近い　　 □電話応対　　 □ホームページの内容　　 □出張相談 □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

**(病歴経過等は次頁にご記入ください)** 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　山口社会保険労務士事務所

**病歴経過・就労・日常生活状況等**

|  |
| --- |
| **自覚症状、日常生活の支障などを具体的にご記入ください（箇条書きで構いません）** |
| 傷　　　病　　　名 |  |
| **初めて受診した頃の加入年金** | □　無　　□　国民年金　 　□　厚生年金 　　□　共済年金　 |
| 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）****科****通院回数　　　回／１か月平均**　　　　　年 　月 　日から　　　　　年 　月 　日まで | （就労日数　　　日／1か月平均)　 |
| （入院期間：　　　月　　日　～　　　月　　日） |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （次の医療機関名）**科****通院回数　　　回／１か月平均**　　　　　年 　月 　日から　　　　　年 　月 　日まで | （就労日数　　　日／1か月平均)　（転医理由　　　　　　　　　） |
| （入院期間：　　　月　　日　～　　　月　　日） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （次の医療機関名）**科****通院回数　　　回／１か月平均**　　　　　年 　月 　日から　　　　　年 　月 　日まで | （就労日数　　　日／1か月平均)　（転医理由　　　　　　　　　　） |
| （入院期間：　　　月　　日　～　　　月　　日） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （次の医療機関名）**科****通院回数　　　回／１か月平均**　　　　　年 　月 　日から　　　　　年 　月 　日まで | （就労日数　　　日／1か月平均)　（転医理由　　　　　　　　　　） |
| （入院期間：　　　月　　日　～　　　月　　日） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　山口社会保険労務士事務所