

【障害年金受給相談票】

※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。 ご記入の上、相談日当日にご持参ください。
申請タイミングを早めるためにもご協力ください。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	男・女
基礎年金番号	—
住所	〒 —
電話番号	自宅： — — 携帯： — —
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日	昭和・平成 年 月 日
障害認定日 記入不要です	昭和・平成 年 月 日
初診日の年金加入状況	国民年金 厚生年金 共済年金
初診日以前の 年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ()
障害者手帳の有無	手帳名 () ・ 級
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供 (18歳以下) 人
障害年金を知ったきっかけ	ネット検索 地下鉄広告 病院の紹介 就労支援施設の紹介 その他

1. 発症～初診日～現在までの状況

病院名と受診期間	自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等
発症日 (昭和・平成 年 月 日)	発症当時の症状
病院名 () 初診日 (昭和・平成 年 月 日) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	

地下鉄・近鉄難波駅から事務所までのアクセスマップ
(徒歩3分です)

2. 相談場所：大阪市中央区難波 2-2-3
御堂筋グランドビル 15F
電話：06-4708-9200
※迷われた場合にはご連絡ください。



3. ご持参頂くもの
- ① 年金手帳（又は年金定期便）
 - ② 事前準備シート（この紙）
 - ③ 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
 - ④ 投薬状況のわかるもの（お薬手帳・投薬袋）
 - ⑤ 本人確認書類（運転免許証など）※代理人が来所する場合は、代理人の本人確認書類
 - ⑥ 銀行通帳
 - ⑦ 印鑑（⑥の銀行への届出印）

《その他 特記事項》

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

記入例

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	おおさか たろう 大阪 太郎 (男)・女
基礎年金番号	1234 — 567890
住所	〒 542-0076 大阪府中央区難波〇〇—〇〇 大阪アパート〇〇〇号室
電話番号	自宅： 06 — 〇〇〇〇— 〇〇〇〇 携帯： 090 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇
生年月日	(昭和)平成 53 年 1 月 1 日 (37 歳)
傷病名	うつ病
初診日	昭和・(平成) 20 年 5 月 15 日
障害認定日 記入不要です	昭和・平成 年 月 日
初診日の年金加入状況	(国民年金) 厚生年金 共済年金
初診日以前の 年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに ✓を入れて下さい)	<input checked="" type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない 自営業 専業主婦 学生 無職 ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ()
障害者手帳の有無	手帳名 (精神障害者保健福祉手帳) ・ 3 級
家族構成	配偶者 (有) ・ 無 子供 (18歳以下) 1 人
障害年金を知ったきっかけ	(ネット検索) 地下鉄広告 病院の紹介 就労支援施設の紹介 その他

1. 発症～初診日～現在までの状況

病院名と受診期間	自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等
発症日 (昭和・平成 20年 4月 頃 日)	発症当時の症状 仕事が多忙でストレスを感じていた 意欲の低下・疲労感・不眠・食欲不振などの自覚症状 があり病院の受診を決意
病院名 (○○メンタルクリニック) 初診日 (昭和・平成 20年 5月 15日) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 20年 12月 頃 日)	診察・検査の結果、うつ病と診断 薬処方 外来通院(月1回) 正社員・営業職(体調不良により休みがち)
病院名 (△△病院 精神科) 受診期間 (昭和・平成 21年 1月 頃 日～ 23年 6月中旬 日)	症状が改善せず転院 紹介状あり 薬処方 外来通院(月2回) 休職(平成○年○月○日～○月○日) 食欲不振により体重減少(-10キロ) 薬を飲んでも眠れず、昼夜逆転の生活
病院名 (☆☆総合病院 精神科) 受診期間 (昭和・平成 23年 7月 20日～ 26年 11月 現在日)	症状が悪化した為、自己判断で転院 紹介状なし 薬処方 外来通院(月1～2回) 復職したが、体調不良が続き、○年○月末で退職 無収入になったため経済的な不安が強い
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	

2. 相談場所：大阪市中央区難波 2-2-3
御堂筋グランドビル 15F
電話：06-4708-9200
※迷われた場合にはご連絡ください。

地下鉄・近鉄難波駅から事務所までのアクセスマップ
(徒歩3分です)



3. ご持参頂くもの
- ① 年金手帳 (又は年金定期便)
 - ② 事前準備シート (この紙)
 - ③ 障害者手帳 (障害者手帳を持っている場合)
 - ④ 投薬状況のわかるもの (お薬手帳・投薬袋)
 - ⑤ 本人確認書類 (運転免許証など) ※代理人が来所する場合は、代理人の本人確認書類
 - ⑥ 銀行通帳
 - ⑦ 印鑑 (⑥の銀行への届出印)

《その他 特記事項》

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**うつ病により会社を退職。小さい子供がいる為経済的な不安が強い。
治療に専念できる環境を整えて、障害者枠で再就職を目指したい。**