

障害年金相談シート

ささき社会保険労務士事務所
090-4106-7080

*わかる範囲でご記入ください！

記入日 年 月 日

(氏名)	(生年月日)	(基礎年金番号)				
(住所) 〒						
(本籍) *戸籍謄本の入手を委託される場合に記入してください。						
(電話番号)	(携帯)	(E-mail)				
(会社名)	(通勤方法)	(通勤時間)				
<input type="checkbox"/> 就労していない(無職) <input type="checkbox"/> 休業中 (傷病手当 有 ・ 無)		<input type="checkbox"/> 体力に自信がない <input type="checkbox"/> 医師から止められている <input type="checkbox"/> 働く意欲がない <input type="checkbox"/> 適切な職場がない <input type="checkbox"/> その他				
(配偶者氏名)	(配偶者生年月日)	(配偶者基礎年金番号)				
(子の氏名)	(子の生年月日)	(障害状態 有・無 等)				
(傷病名)	(発病日)	(初めて病院に行った日)				
(初めて受診した病院名)	(1年6月経過後の病院名)	(現在の病院名)				
(発病日から病院に行くまでの症状)						
①発病日頃の症状						
②障害認定日(初めて病院に行った日から1年6月経過した日)頃の症状						
③現在の症状						
障害者手帳の有無 有 ・ 無		(その他の受給有無) 遺族年金・労災保険・生活保護・損害賠償・その他				
[日常生活] ①できる ②できるが援助が必要 ③できないが援助があればできる ④できない		(1)着替え	(2)トイレ	(3)食事	(4)炊事	(5)掃除
		(6)洗面	(7)入浴	(8)散歩	(9)洗濯	(10)買い物

[初診日]

(この病気で初めてかかった病院名)	(初診日) 年 月 日
(初診日のときの加入年金) ・国民年金 ・厚生年金保険 ・共済年金	

[初診日から現在までの状況]

医療機関名と受診期間	症状、通院回数、治療内容、薬の名称、医師から言われたこと、日常生活の状況（不自由さ）など分かる範囲で記載して下さい。
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

※書ききれない場合は、枠外もしくは裏面に記載して下さい。