

※表面のみ記入  
してください。

# 障害基礎年金 事前相談シート

記載例

請求者氏名： **稲沢 花子**  
生年月日：昭・**平** 令 **15** 年 **10** 月 **10** 日  
住所：稲沢市 **稲府町 1 番地**  
電話番号： **0587-32-1328**

※本人に代わり代理の方が市役所に来庁する場合  
代理人氏名： **稲沢 太郎**  
続柄： **父**  
電話番号： **090-8765-4321**

1. 障害年金で請求を考えている病名を教えてください。

**自閉スペクトラム症**

2. 1の病気の関係で初めて病院に通った時のことを教えてください。

㊦<いつ頃症状がでてきましたか>

昭・**平** 令 **15** 年 **10** 月 **10** 日 (生まれつきの知的・発達障害の場合は生年月日)

㊦<初めてかかった病院はどこですか>

(例) A 病院でパニック障害と診断され、B 病院ではうつ病と言われた。

→パニック障害と診断された A 病院を書いてください。

**〇〇こども病院**

㊦<上記の病院で初めて診察してもらったのはいつですか>

昭 **平** 令 **15** 年 **10** 月 **10** 日 (生まれつきの知的障害の場合は生年月日)

3. 障害者手帳・療育手帳等を持っているか教えてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 持っている	手帳の種類： <input checked="" type="checkbox"/> 身体 級	<input checked="" type="checkbox"/> 精神 級	<input checked="" type="checkbox"/> 療育 A 判定 <b>平成 16 年 1 月 1 日</b>
<input checked="" type="checkbox"/> 持っていない	手帳の交付日： 年 月 日	年 月 日	
<input checked="" type="checkbox"/> 申請中	申請日：令和 年 月 日		

4. 障害年金で請求しようとする病気に関する病歴をすべて教えてください。

医療機関	受診・治療・中断期間	病名	治療内容、症状など
<b>〇〇こども病院</b>	<b>H15 年 10 月 10 日</b> ～ <b>R3 年 10 月 9 日</b>	<b>自閉スペクトラム症</b>	<b>・感覚過敏</b> <b>・投薬治療</b>
<b>△△△病院</b>	<b>R3 年 10 月 9 日</b> ～ <b>現在</b> 年 月 日	<b>〃</b>	<b>・こども病院からの紹介状で転院</b>
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		

