※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

請求者氏名：

生年月日　：昭・平・令　　年　　月　　日

住所：稲沢市

電話番号：

※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：

続柄：

電話番号：

1. 障害年金で請求を考えている病名を教えてください。

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　　年　　月　　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。

Ⓒ<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　　年　　月　　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。

✓	持っている	手帳の種類：☑ 身体　　級	☑ 精神　　級	☑ 療育　　判定
✓	持っていない	手帳の交付日：　年　月　日	年　月　日	年　月　日
✓	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
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		
	年　月　日 ～　年　月　日		

【職員記載】

初診時（2◎）の加入制度	20 歳前未加入・国年（1 号・3 号・任意） 60 歳～64 歳未加入　・　厚年 その他（　　）
納付要件	初診 20 歳前 ／ 初診 20 歳前以外 無　・　有 回答者（　　）
障害認定日 **（初診日から 1 年 6 ヶ月を経過した日か、それ以前でも症状が固定した日）**	昭・平・令　　年　　月　　日 20 歳前　・　1 年 6 か月経過 1 年 6 か月経過前の固定 （症状固定：　　）
請求事由	20 歳前　・　認定日 事後重症（認定日不支給・認定日以後悪化・認定日の診断書なし） 初めて 2 級以上・併合認定・年金額改定 その他（　　）

配偶者の有無	無　・　有
子の加算の対象者	無　・　有　　18 歳未満（　　名） 20 歳未満障害者（　　名）
他年金の受給状況	無　・　受給中（種別：　　） 停止中（種別：　　）
労災補償給付の受給状況	無　・受給中（種別：　　） 請求中
配偶者加給年金の対象者か否か	加給年金の対象者ではない 加給年金の対象者である
次回までの確認事項 **（相談来庁シートと同じ☑を）**	□A.初診日はいつか(　　) □B.1 級 2 級相当か(　　) □C.診断書記載　(　可・不可　) □D.初診日証明　(　可・不可　) □E.疾病関連性　(　有・無　) □F.請求方法　(認定日・事後)

必要書類

診断書　（様式：眼・聴覚・肢体・精神・呼吸器・循環器・腎肝臓・その他）　各　　枚

※認定日時点→（　　年　月　日～　　年　月　日現症日）　・　請求日時点→請求日から前 3 か月以内

受診状況等証明書（初診日証明）　・　受診状況等証明書が添付できない理由書

初診日に関する第三者の申立書　・　病歴就労状況等申立書　・　請求者名義の預金通帳

基礎年金番号がわかるもの（請求者・配偶者）　・　個人番号がわかるもの（請求者・子）

年金請求書　・　身体障害者手帳　・　療育手帳　・　精神障害者保健福祉手帳

戸籍謄本　・　請求事由確認書　・　年金裁定請求の遅延に関する申立書

所得状況届（　　年度分）　・　第三者行為事故状況届　・　年金受給選択申出書

加給年金額支給停止事由該当書　・　障害年金の初診日に関する調査票（　　）

委任状　・　代理人の本人確認書類　・　年金生活者支援給付金

その他（　　）

事跡

来庁年月日	相談内容など	次回予約日	確認印	
年　月　日		年　月　日		
年　月　日		年　月　日		
年　月　日		年　月　日		
年　月　日		年　月　日		
年　月　日		年　月　日		
年　月　日		年　月　日		