

障害基礎年金 相談シート

請求者氏名： 稲沢 花子 ※本人に代わり代理の方が市役所に来庁する場合

生年月日： 昭 平 令 15 年 10 月 10 日 代理人氏名： 稲沢 太郎

住所：稲沢市 稲府町 1 番地 続柄： 父

電話番号： 0587-32-1328 電話番号： 090-XXXX-XXXX

1. 障害年金で請求を考えている病名を教えてください。

自閉症スペクトラム症

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。

因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)

因因の症状で初めてかかった病院はどこですか

〇〇こども病院

(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。

因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。

☒	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 <u>平成 16 年 1 月 1 日</u>
☒	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
(記入例) A 病院	H12 年 1 月 1 日 ～ R2 年 12 月 31 日	自閉スペクトラム症	年 1 回、こだわりが強い
<u>〇〇こども病院</u>	<u>H15 年 10 月 10 日</u> ～ <u>R3 年 10 月 9 日</u>	<u>自閉症スペクトラム症</u>	<u>感覚過敏、投薬治療</u>
<u>△△病院</u>	<u>R3 年 10 月 9 日</u> ～ 年 月 日	<u>同上</u>	<u>こども病院からの紹介状で転院</u>
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		
	年 月 日 ～ 年 月 日		