

【事前準備シート】

※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。

相談票は以下にご返送をお願いいたします。

<メールの場合>portal@nagoyasogo.jp <FAXの場合>052-683-1811

記入日 令和 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・令和 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日	昭和・平成・令和 年 月 日
障害認定日 記入不要です	昭和・平成・令和 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 ✓を入れてください)	<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籍していた <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() ・ 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 ・ 病院の紹介 ・ 知人の紹介 ・ その他()

◆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・令和 年 月 日)	発症当時の症状
病院名 () 初診日 (昭和・平成・令和 年 月 日) 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 昭和・平成 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 昭和・平成・令和 年 月 日)	

◆ご持参頂くもの

①	年金手帳
②	印鑑
③	相談票(本紙)
④	障害者手帳(持っている方のみ)
⑤	申請時に使用した診断書の写し(障害者手帳を持っている方のみ)

◆その他、困っていること、相談したいことなどご記入ください

[]