

**障害年金の請求について初めて相談される方へ【質問票】**

令和 年 月 日

**1 どなたの障害年金についてのご相談ですか？**

フリガナ		電話番号	— —
氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 (年齢: _____ 歳)		

**2 本日、相談に来た方はどなたですか？**

本人  代理人※

※【代理人の場合、代理の方の住所・氏名・電話番号・本人から見た続柄を記入してください。】

(代理人) 住所	(代理人) 電話番号	<input type="checkbox"/> 上記1に同じ — —
フリガナ	続柄	[本人から見た代理人との関係] <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )
(代理人) 氏名		

**3 ご相談の傷病名（又は障害の状態）はどのようなものですか？**

(具合の悪い箇所、症状等を記入してください。)

\_\_\_\_\_

**4 ご相談の傷病名（病気やケガ等）の原因は何ですか？**

不明  生まれつき  事故

その他( \_\_\_\_\_ )

**5 いつ頃症状が出てきましたか？**

昭和  平成  令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃

**6 初診日（初めて医療機関[病院、診療所等]にかかった日）頃の状態についてお尋ねします。**

(1) 上記3の傷病で初めて医療機関（病院、診療所等）にかかったのは、①いつ、②どこですか？

①いつ →  昭  平  令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

②どこで → 医療機関名 \_\_\_\_\_

(2) その当時、お勤め（厚生年金に加入）していましたか？

はい  いいえ

**7 上記3の傷病について、現在の医療機関は①いつから、また、②どこを受診していますか？**

①いつから →  上記6(1)に同じ  昭 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
 令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

②どこを → 医療機関名  上記6(1)②に同じ

\_\_\_\_\_