

💡 相談準備シート

年金事務所で質問される内容です。記入して相談の時に見せましょう。

(1) ご請求者の情報

氏名	フリガナ	生年月日	昭和		年	月	日	()	歳
	旧姓 ()		平成						
住所	基礎年金番号								性別
	〒	-	都道府県	市区	男	女			

※年金手帳に日本年金機構からの送付される書類などに記載されている番号です

(2) ご家族の情報

氏名 (配偶者)	フリガナ	生年月日	昭和		年	月	日	()	歳
	基礎年金番号		平成						
氏名 (子1)	フリガナ	生年月日	平令		年	月	日	()	歳
	障害の有無		有	無					
氏名 (子2)	フリガナ	生年月日	平令		年	月	日	()	歳
	障害の有無		有	無					
氏名 (子3)	フリガナ	生年月日	平令		年	月	日	()	歳
	障害の有無		有	無					

記載例はコチラ



③ 申請する病名

--

④ 通院歴

① 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

② 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

③ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

④ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

⑤ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

⑥ 病院名 () 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)

入院・外来	病名	主な治療法	病状の変化
<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 投薬治療 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 軽快 <input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 不変

記載例はコチラ



⑤ 事前にチェックしておく事項

Q.1 現在通院中の主治医に障害年金申請についてご相談されていますか？		
はい . いいえ		
Q.2 障がい者手帳は持っていますか？		
はい . いいえ . 申請中		
「はい」の場合	手帳の種類: (<input type="checkbox"/> 療育・ <input type="checkbox"/> 身体・ <input type="checkbox"/> 精神) 等級: <input type="text"/> 級	病名: (<input type="text"/>)
Q.3 傷病手当金を受けていますか？		
現在、受給中である . 過去に受給したことがある . 受給したことはない		
「受給中」の場合	受給期間:	※ 現在受給中の方は予定年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 ~ <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月まで
	ひと月当たりの金額:	約 <input type="text"/> 万円程
Q.4 「失業手当」を受けていますか？		
受給中である (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月ごろまで) . 検討中である . 受けていない		
Q.5 「児童扶養手当」を受けていますか？ (※児童手当とはことなりますのでご注意ください)		
受給中である . 検討中である . 受けていない		
Q.6 「公的な年金」を受けていますか？		
受給中 . 受給していた (<input type="checkbox"/> 老齢・ <input type="checkbox"/> 障害・ <input type="checkbox"/> 遺族) . 受けていない		
Q.7 「生活保護」を受けたことはありますか？		
受給中である (<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月まで) . 検討中である . 受けていない		

記載例はコチラ

