

障害年金 受付シート (新規 ・ 更新)

記入例

記入日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

申請者情報

| | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|
| (ふりがな) | はかた はなこ | (旧姓) | |
| 氏名 | 博多 花子 | | 男 ・ <input checked="" type="radio"/> 女 |
| 生年月日 | 昭和 ・ <input checked="" type="radio"/> 平成 | 5年 1 月 1 日 | 31 才 |
| 基礎年金番号 | 1234-567890 | | |
| 住所 | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地〇号 〇〇〇〇〇号 | | <input checked="" type="radio"/> 単身 ・ 同居 |
| 電話番号 | (ご自宅) 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 | (携帯) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| メール | 〇〇〇〇〇@〇〇〇〇〇.ne.jp | | |
| 家族構成 | 配偶者(有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無) | 子供(18歳以下) | 0 人 |
| 過去に障害年金申請の有無 | 有 (受給 ・ 不支給) / <input checked="" type="radio"/> 無 | 生活保護 | 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 |
| 傷病手当金 | 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 | 児童扶養手当 | 有 / <input checked="" type="radio"/> 無 |

受診情報

| | | | |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 傷病名 | うつ病 | | |
| 初診情報 | 初診日 | 昭和 ・ <input checked="" type="radio"/> 平成 ・ 令和 | 28年 頃 月 日 |
| | 医療機関 | 〇〇〇〇〇クリニック | |
| 医療機関① | | 年 月 ~ 年 月頃 | |
| 医療機関② | | 年 月 ~ 年 月頃 | |
| 医療機関③ | | 年 月 ~ 年 月頃 | |
| 医療機関④ | | 年 月 ~ 年 月頃 | |
| 現在の病院 | 病院名 | 同じ | 住所: 福岡 <input checked="" type="radio"/> 市・町 |
| | 主治医 | 〇〇〇先生 | |
| 障害者手帳 | (身体 ・ <input checked="" type="radio"/> 精神 ・ 知的) 等級 (2 級) 交付年月日: 昭和 ・ <input checked="" type="radio"/> 平成 ・ 令和 30 年 〇 月 〇〇 日 障害名: _____ | | |
| 療育手帳 | 等級 A1 A2 B1 B2 () 交付年月日: 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 障害名: _____ | | |
| 初診日の年金加入状況 | 国民年金 | 厚生年金(共済年金) | その他 |
| | 自営業 ・ 専業主婦 ・ 学生 ・ 無職 | 会社員(<input checked="" type="radio"/> 厚生 / 共済保険加入) | 覚えていない |

現在の就労状況

- 勤務先 ・ 一般企業 ・ 就労支援施設(A型 ・ B型 ・ 移行) ・ その他()
- 雇用形態 ・ 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他()
- 勤続年数 (年 ヶ月)
- 仕事の頻度 週に ・ 月に () 日
- ひと月の給与 (円程度)
- 仕事内容 (仕事をしていない)

発症～初診日～現在までの日常生活状況

| | 自覚症状・受診状況・日常生活状況(困っていること)等 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| 発症～ 昭和 平成 ・令和 27年 頃 月 日 | 職場の人間関係でストレスを感じていた 朝、起き上がる事ができなくなった |
| 医療機関 ○○○○クリニック 受診期間 昭和 ・ 平成 ・ 令和 28年 月 日 ～ 6年 11月 日 | ○○○○クリニック受診 通院(月1回程度) 令和2年○月○日退職 引籠っている |
| 医療機関 受診期間 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 医療機関 受診期間 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 医療機関 受診期間 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 | |
| 医療機関 受診期間 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 ～ 年 月 日 | |

その他・補足など