**障害年金　受付シート**（　新規　・　更新　）

記入日　　　　令和　　　年　　　月　　　日

**申請者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | | | （旧姓） | | | | | 男　　・　　女 | |
| **氏名** |  | | |
| **生年月日** | 昭和　　・　　平成 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | 才 |
| **基礎年金番号** |  | | | | | | | | | |
| **住所** | 〒 | | | | | | | | 単身　・　同居 | |
| **電話番号** | （ご自宅） |  | | | | （携帯） |  | | | |
| **メール** | ＠ | | | | | | | | | |
| **家族構成** | 配偶者（　　有　　・　　無　　） | | | | **子供（18歳以下）** | | | 人 | | |
| **過去に障害年金**  **申請の有無** | 有　（　受給　・　不支給　）　／　無 | | | | **生活保護** | | | 有　　/　　無 | | |
| **傷病手当金** | 有　　／　　無 | | | | **児童扶養手当** | | | 有　　/　　無 | | |

**受診情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **傷病名** |  | | | | | | |
| **初診情報** | 初診日 | 昭和　・　平成　・　令和 | | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 医療機関 |  | | | | | |
| **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** | |  | | | 住所：　　　　　　　　　　　市・町 | |
| **主治医** | |  | | |  | |
| **障害者手帳** | （　　身体　　・　　精神　　・　　知的　　）　　　　　等級　（　　　　　　　　　級）  　　交付年月日：　　昭和　・　平成　・　令和　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　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（ 厚生 / 共済保険加入） | | | 覚えていない |

**現在の就労状況**

〇勤務先 ・一般企業　　・就労支援施設（　Ａ型　・　Ｂ型　・　移行　）　・その他（　　　　　　　　　　　　　　　）

〇雇用形態 ・障害者雇用　　・一般雇用　　・自営　　・その他（　　　　　　　　　　）

〇勤続年数 （　　　　　　年　　　　　　ヶ月　）

〇仕事の頻度 週に　・　月に　　（　　　）日

〇ひと月の給与 （　　　　　　　　　円程度）

〇仕事内容 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**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  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 |  |
| 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