

障害基礎年金相談票

記入日 令和 年 月 日

どなたのご相談ですか

氏 名	
住 所	
電 話 番 号	
生 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日生(歳)

医師からどのような診断を受けていますか

傷 病 名	
-----------	--

現在通院中の病院で障害年金の相談をしたことがありますか(あてはまるものに○をしてください)

有 ・ 無

障害者手帳について(あてはまるものに○をしてください)

有 ・ 無	身・精・療・他 ()
	障害名 () 等級 (級)

受診歴(必ず時系列でご記入下さい)

	受診期間と病院名
最 初	年 月 日 から 年 月 日まで
2 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
3 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
4 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
5 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで

※受診期間は必ず病院で確認して下さい

※病院名が書ききれない場合は別紙にて箇条書きでご記入下さい

	受診期間と病院名
6 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
7 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
8 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
9 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 0 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 1 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 2 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 3 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 4 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで
1 5 番 目	年 月 日 から 年 月 日まで