

# 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

有 ・ 無
-------

障害者手帳について

有 ・ 無	等級 ( )
-------	--------

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