

【事前準備シート】

※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。申請タイミングを早めるためにもご協力ください。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	男・女
基礎年金番号	—
住所	〒 —
電話番号	自宅： — — 携帯： — —
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
傷病名	
初診日	昭和・平成 年 月 日
障害認定日 ※記入不要です	昭和・平成 年 月 日
初診日の年金加入状況	国民年金 厚生年金 共済年金
初診日以前の 年金保険料納付状況 (いずれか該当するものに ✓を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入 1年以上は継続して在職していた <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> その他 ※ご記入下さい ()
障害者手帳の有無	手帳名 ()、 級・ 無
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供 (18歳以下) 人
障害年金を知ったきっかけ	ネット検索 新聞広告 病院の紹介 知人の紹介 その他

1. 発症～初診日～現在までの状況

病院名と受診期間	自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等
発症日 (昭和・平成 年 月 日)	発症当時の症状
初診日 (昭和・平成 年 月 日) 病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
病院名 () 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	