相 談 票

相談日　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | 男　・　女 |
| 〒・住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 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  （検索したキーワードなど） |  |
| 傷病名 |  |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　）　　　　級 |
| 発病日とその時の症状 | 発病日　　平成　　　　年　　　月　　　日  症　状 |
| 初診日と医療機関名 | 初診日　　平成　　　　年　　　月　　　日  医療機関名 |
| 初診日の時の加入年金 | 国民年金　　　厚生年金　　　共済年金 |
| 年金保険料の納付状況 |  |

* 個人情報の取り扱いに関して　＊

1. ご記入いただきました個人情報につきましては、障害年金の申請手続きのために利用させていただきます。
2. 障害年金の申請手続きを実施するにあたり、年金機構・市役所・各共済組合等に情報提供することとなりますが、個人情報の漏えいが起こらないよう万全の対策を講じます。

【 発病から現在までの状況 】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名と受診期間 | 自覚症状、通院回数、治療内容、薬の名称、  医師からの指示事項、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 医療機関名  年　　月　　日～    年　　月　　日 |  |
| 医療機関名    年　　月　　日～  　年　　月　　日 |  |
| 医療機関名    年　　月　　日～  年　　月　　日 |  |
| 医療機関名    年　　月　　日～    年　　月　　日 |  |

【 特 記 事 項 】