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 】