

# 障害基礎年金 相談票

基礎年金番号	—	作成日	令和 年 月 日
フリガナ		担当者(職員記入欄)	
氏名	様	来庁者	様 <span style="float: right;">続柄</span>
生年月日	昭・平・令 年 月 日	連絡先電話番号	自宅 — — 携帯 — —

傷病名	(生来の知的障害 有・無)		
傷病発生日	昭・平・令 年 月 日	初診日	昭・平・令 年 月 日

医療機関受診履歴 ※傷病名と診断された日が初診日とならない場合もあります。体調に異変を感じ、通院された全ての病院を記載してください。		
医療機関名	通院期間	診断名・治療内容・処方の有無
1 初診	年 月 日 ~ 年 月 日	
2	年 月 日 ~ 年 月 日	
3	年 月 日 ~ 年 月 日	
4	年 月 日 ~ 年 月 日	

※通院歴が書ききれない場合は裏面を使用してください。

【備考】
------

**【ご相談の際の注意事項】**

ご相談にはお時間がかかりますので、お時間に余裕を持ってお越しください。遅い時間にお越し頂いた場合、市役所から日本年金機構へ照会を行わずに当日のご案内ができないことがあります。また聞き取りの結果、市役所でご案内できない、通院歴等の再確認が必要なため書類等のお渡しができない場合がございます。あらかじめご了承ください。

職員記入欄	
障害認定日	昭・平・令 年 月 日 <input type="checkbox"/> 初診日から1年6か月を過ぎた日 <input type="checkbox"/> 初診日から1年6か月以内に[ ]した日
納付要件	<input type="checkbox"/> 20歳前障害 <input type="checkbox"/> 藤沢年金事務所確認済 (お客様相談室 担当 様 /令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 初診日の属する月の前々月まで 1年間 未納がない <input type="checkbox"/> 初診日の属する月の前々月まで 3分の2以上 納付がある

