

障害基礎年金 相談票

| | | | |
|------------|-------------------|------------|-------------------------------------|
| 基礎年金番号 | 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇〇〇 | 相談日 担当者 | (/) (/) (/) (/) (/) (/) |
| フリガナ 氏名 | 茅ヶ崎 太郎 様 | 連絡先 | 〇〇〇 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇 |
| 生年月日 | 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 | 来庁者 | 茅ヶ崎 花子 続柄(母) |

| 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 | 傷病名 | 通院期間 | 治療内容・処方内容 |
| 1 初診 A病院 | 適応障害 | R2年8月5日 ～ R2年11月9日 | 体調不良で近所の病院を受診 |
| 2 Bクリニック | うつ病 | R3年2月25日 ～ R4年3月4日 | 再度体調を崩してしまったため別の病院へ |
| 3 C心療内科 | うつ病 | R4年3月10日 ～ R5年9月頃 | Bクリニックから紹介状を貰い、C心療内科を受診 |
| 4 D大学病院精神科 | うつ病 | R6年10月5日 ～ 現在まで | C心療内科が遠方だったため、近くのD大学病院の精神科へ移った。 |

| | | | |
|---------------------------------------|---|--|---|
| ヒアリングシート(請求の意向) ※以下は窓口にて記載していただく項目です。 | | | |
| 初診日 | 年 月 日 ※該当傷病で初めて病院にかかった日 | 障害認定日 | 年 月 日 <input type="checkbox"/> 20歳到達日 <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か月以内に症状固定した日 |
| 納付要件 | 上記の初診日で確認しました。 令和 年 月 日 藤沢年金事務所お客様相談室 ()様 | <input type="checkbox"/> 20歳前障害 <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 | |
| 初診日について | (A) 生来の知的障害 (B) 初診日が18歳6か月より前 (C) 初診日が18歳6か月以上、20歳未満 (D) 初診日が20歳以上 | | |
| 希望する請求方法 | <input type="checkbox"/> 認定日請求を希望する <input type="checkbox"/> 認定日時点の診断書が作成できる <input type="checkbox"/> 認定日時点の診断書が作成できる かつ 認定日から1年以上経過している <input type="checkbox"/> 事後重症請求を希望する <input type="checkbox"/> 病院が廃院しているため、診断書の作成できない。 <input type="checkbox"/> カルテが残っていないため、認定日時点の診断書を作成できない。 <input type="checkbox"/> 認定日時点で、障害年金の等級に該当しないため。 <input type="checkbox"/> その他() | | |
| 子加算 | <input type="checkbox"/> 有 (子とは18歳の到達年度末までの子、または20歳未満で障害のある子) <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 診断書 | <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 眼 <input type="checkbox"/> 聴・鼻・平・そ・嚙・言 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 循環器 <input type="checkbox"/> 腎・肝・糖 <input type="checkbox"/> 血・造・その他 | | |

私は、以下について確認しました。障害基礎年金の請求について、この相談票に基づき手続きを進めます。

- | | |
|---|----------|
| <input type="checkbox"/> 障害基礎年金相談票の内容について間違いありません。 | 令和 年 月 日 |
| <input type="checkbox"/> 請求は必ず通るものではないことを理解しています。 | 請求者 氏名 |
| <input type="checkbox"/> 審査の結果、書類が返戻となる可能性があります。 | 代筆者 氏名 |
| <input type="checkbox"/> 審査により、初診日や認定日の変更となる可能性があります。 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | |

※市役所窓口では、手続きの形式的な確認を行います。審査については日本年金機構の認定医により行われます。