

障がい基礎年金相談シート



記入年月日	令和 年 月 日	基礎年金番号	—
請求者	フリガナ	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳) (西暦:)
連絡先	() — (請求者・来庁者・その他:)	来庁者 (続柄)	フリガナ 続柄 ()

①傷病名	(生来の知的障がい) 有 ・ 無			
②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、通院されたすべての病院を記載してください。	医療機関	通院期間	紹介状	カルテ
	1	年 月 日～ 年 月 日	/	有・無 不明
	2	年 月 日～ 年 月 日	有 無	有・無 不明
	3	年 月 日～ 年 月 日	有 無	有・無 不明
	4	年 月 日～ 年 月 日	有 無	有・無 不明
	5	年 月 日～ 年 月 日	有 無	有・無 不明
③初診日 ※障がいの原因となった病気やケガについて、初めて病院にかかった日	昭和・平成・令和 年 (西暦:) 月 日 ※審査の結果、上記初診日が認められない場合があります ※障がい基礎年金の受給は、初診日が65歳未満でなければなりません			
④ ③の初診日における納付要件 (職員記入欄)	<input type="checkbox"/> 満たしている <input type="checkbox"/> 満たしていない <input type="checkbox"/> 20歳前傷がい <input type="checkbox"/> その他 () ※納付要件を満たしていないと、聞き取りの初診日で請求しても不支給となります			
⑤ ③の初診日における障がい認定日 (職員記入欄)	昭和・平成・令和 年 (西暦:) 月 日 <input type="checkbox"/> 20歳到達日 <input type="checkbox"/> 初診日から1年6か月経過した日 <input type="checkbox"/> 初診日から1年6か月以内に症状が固定した日			
⑥請求事由 (職員記入欄)	<input type="checkbox"/> 認定日請求 <input type="checkbox"/> 事後請求 (<input type="checkbox"/> 診断書無〈カルテが残っていない〉・病院が廃院・認定日の頃に受診していない) <input type="checkbox"/> 以後悪化 <input type="checkbox"/> 認定日不支給) <input type="checkbox"/> 併合 <input type="checkbox"/> 額改定 <input type="checkbox"/> 停止消滅 <input type="checkbox"/> その他 ()			
⑦障がい者手帳等	<input type="checkbox"/> 有く 種類: 身体 () 級 ・ 精神 () 級 ・ 療育 () 級)			
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中			
⑧ ③の初診日における年金加入状況及び手続き先 (職員記入欄)	<input type="checkbox"/> 国民年金第1号		藤沢市役所または年金事務所	
	<input type="checkbox"/> 国民年金第3号/厚生年金		年金事務所	
	<input type="checkbox"/> 共済年金		初診日時点で加入していた共済組合	
	<input type="checkbox"/> 未加入 (20歳前・60~65歳未満)		藤沢市役所または年金事務所	

⑨子の加算	<input type="checkbox"/> 有（18歳到達年度末までの子または20歳未満で障がいのある子）	<input type="checkbox"/> 無					
⑩障がい年金を知ったきっかけ（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 病院	<input type="checkbox"/> テレビ	<input type="checkbox"/> インターネット	<input type="checkbox"/> 雑誌	<input type="checkbox"/> 知人	<input type="checkbox"/> 市（障がい者支援課等）	<input type="checkbox"/> その他（ ）

私は、以下について説明を受けました。

- 初診日とは、障がいの原因となった傷病について、初めて医師等の診療を受けた日のことです。
- 該当傷病と異なる傷病名であったとしても同一傷病と判断される場合には、古い傷病の初診日が、該当傷病の初診日となることがあります。（例①：「不安障がい」と「うつ病」 例②：「糖尿病」と「腎疾患」等）
- 日本年金機構の審査により、初診日や認定日が変更となることもあります。
- 初診日及び認定日が変更になったことに伴い、作成済の診断書等が使用できなくなることもあります。その場合、追加で作成する診断書等の費用については、**ご自身の負担**になります。
- 市役所の窓口では、手続きの形式的な確認を行っています。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。

令和 年 月 日 請求者 _____ 代筆者 _____

.....
(職員記入欄)

●交付書類	交付日：令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 診断書（眼・聴覚・肢体・精神・呼吸器・循環器・腎肝糖・その他）	
【 <input type="checkbox"/> 認定日： 枚 <input type="checkbox"/> 現症日： 枚】	
<input type="checkbox"/> 受診状況等証明書	<input type="checkbox"/> 受診状況等証明書が添付できない申立書 枚
<input type="checkbox"/> 第三者証明 枚	<input type="checkbox"/> 病歴・就労状況等申立書 枚
<input type="checkbox"/> 初診日に関する調査票（先天性〈眼・聴覚・股関節等〉・糖尿・腎臓・肝臓・肺・心臓）	
<input type="checkbox"/> 障がい基礎年金の請求に必要なもの	
<input type="checkbox"/> その他（ ）	

●障がい認定日・請求方法の確認	確認日：令和 年 月 日	
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 25%;"> 〈初診日〉 年 月 日 〈病院〉 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 25%;"> 〈障がい認定日〉 年 月 日 〈病院〉 </div>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: 25%; text-align: center;"> 〈現在の病院〉 </div>
<small>※請求日が、障がい認定日から1年以上経過している場合、現在の症状の診断書も必要です。</small>		