

# 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 フジサワ ハナコ 藤沢 花子	生年月日	昭(平) ○年 ○月 ○日 (○歳) (西暦: ○○○○)
連絡先	( 0466 ) ○○ —○○○○ (請求者・来庁者) その他: )	来庁者(続柄)	フリガナ フジサイチロウ 続柄 藤沢 一郎 (父)

①傷病名	<b>統合失調症</b> (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 ○○○クリニック	○○年 ○○月 ○○日～ ○○年 ○○月 ○○日	有 無	有 ・ 無 不明
	2 □□□病院	□□年 □□月 □□日～ □□年 □□月 □□日	有 無	有 無 不明
	3 △△精神医療センター	△△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			
④③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			
⑤③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 checked="" type="checkbox"/> 有 ( 種類: 身体 ( ) 級 ・ 精神 (○) 級 ・ 療育 ( ) 級 ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中			
⑧③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	

