**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 | ― | 生年月日 | 昭・平　 　年　　月　 　日（　　歳）  （西暦：　　　　　　） |
| 請求者 | フリガナ | 連絡先 | （　　　　）　　　―  （請求者・来庁者・その他　　　　） |
| 来庁者 | フリガナ | 続柄 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①傷病名 | （生来の知的障がい）有　・　無 | | | | | |
| ②初診日 | 昭和・　平成・　令和　　　年（西暦：　　　　　　　）　　　月　　　日  ※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 | | | | | |
| ③認定日  （職員記入欄） | 昭和・　平成・　令和　　　年（西暦：　　　　　　　）　　　月　　　日  （20歳・１年半・固定） | | | | | |
| ④障がい者手帳 | 有（以下に等級を記入）　　・無　　・　　申請中 | | | | | |
| 種類：身体（　　　）級　・　精神（　　　）級　・　療育（　　　）級 | | | | | |
| ⑤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 |
| ⑥初診日の年金加入状況に〇（障がい年金の手続き先） |  | 国民年金第１号 | | 藤沢市役所または年金事務所 | | |
|  | 国民年金第３号／厚生年金 | | 年金事務所 | | |
|  | 共済年金 | | 初診日時点で加入していた共済組合 | | |
|  | 未加入（20歳前・60～65歳未満） | | 藤沢市役所または年金事務所 | | |
| ⑦家族構成 | 配偶者： 有　・　無  子ども： 有（１８歳未満※障がいがある場合は２０歳未満）　・　無 | | | | | |
| ⑧障がい年金を知った  きっかけ（複数選択可） | 病院　　・テレビ　　・　インターネット　・雑誌　・　知人  市（障がい者支援課　等）　・　その他（　　　　　　　　　　　） | | | | | |

【来庁時の持ち物】

　　・障がい基礎年金相談シート（本紙）

　　・本人確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）

　　・基礎年金番号のわかるもの

　　・障がい者手帳（身体・精神）、療育手帳　※お持ちの場合

　☆相談にはお時間がかかりますので、お時間に余裕をもってお越しください。

|  |
| --- |
| 事務担当　〒251-8601　藤沢市朝日町1-1　藤沢市役所　保険年金課　総務・財務担当  　　　　　TEL0466-25-1111（内線3219）　受付時間　８時30分から17時（12時から13時を除く） |

（職員記入欄）

|  |
| --- |
| ●請求事由  認定日請求・事後請求（認定日不支給・以後悪化・診断書無）・併合・額改定・停止消滅・その他（　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ●交付した書類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　交付日：令和　　年　　月　　日  □診断書（眼　・　聴覚　・　肢体　・　精神　・　呼吸器　・　循環器　・　腎肝糖　・その他　）  　【□　認定日：　　　枚　　　□　現症日：　　　枚　】  □受診状況等証明書  □受診状況等証明書が添付できない申立書　　　　枚  □第三者証明　　　　　　　　　　　　　　　　　枚  □病歴・就労状況等申立書　　　　　　　　　　　枚  □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）  □障がい基礎年金の請求に必要なもの  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

|  |
| --- |
| ●障がい認定日・請求方法の確認　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　確認日：令和　　年　　月　　日    〈初診日〉  　　　年　　月　　日  〈病院〉  〈現在の病院〉    〈認定日〉  　　　年　　月　　日  〈病院〉 |