

※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です
申請タイミングを早めるためにもご協力ください（3枚）

相談票

記入日 年 月 日

氏名・性別	男 ・ 女
基礎年金番号	
〒・住所	〒
電話番号	
メールアドレス	
生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳）
家族構成	配偶者 有 ・ 無 子供（18歳以下） 人
障害年金を知ったきっかけ （検索したキーワードなど）	
傷病名	
障害者手帳の有無	手帳名（ ） 級
発病日とその時の症状	発病日 平成 年 月 日 症 状 〔 〕

医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

【 特 記 事 項 】

特に困まられていることがございましたらお書きください。

-
-
-
-
-