

**※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**

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	
医療機関名  年 月 日～  年 月 日	

【 特 記 事 項 】