記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女 |
| 基礎年金番号 | ― |
| 住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　―　　　　　　―  携帯：　　　　　―　　　　　　― |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 傷病名 |  |
| 初診日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害認定日  記入不要です | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況 | 国民年金　　　　　　厚生年金　　　　　　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料納付状況  （いずれか該当するものに  ✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入   1年以上は継続して在職していた   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * その他　※ご記入下さい   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（　　　　　　　　　　　　）・　　　　級 |
| 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 | ネット検索　　新聞広告　　病院の紹介　　知人の紹介　　その他 |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日  (昭和･平成　　　　 年 　　 月 　　　日) | 発症当時の症状 |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  **初診日**(昭和･平成　　　年 　　月 　　日)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　年　　月　　日) |  |

**大濠公園駅から事務所までのアクセスマップ（徒歩５分です）**

2.　相談場所：〒810-0074　福岡県福岡市中央区

大手門3-1-1　大手門高木ビル5F

電話：092－753－9973

※迷われた場合にはご連絡ください。

3.　ご持参頂くもの

* 1. 年金手帳
  2. 印鑑
  3. この紙
  4. 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
  5. 申請時に使用した診断書の写し（障害者手帳を持っている場合）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**記入例**

記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女 |
| 基礎年金番号 | **1２３４**　―　**５６７８９０** |
| 住所 | 〒**810-0074**  **福岡市中央区大手門○―○―○　　福岡アパート○○○号室** |
| 電話番号 | 自宅： **０９２　―　○○○　　―　○○○○**  携帯： **０９０　―　○○○○　―　○○○○** |
| 生年月日 | 昭和・平成　　**50**年　　**1**月　　　**1**日　（　**40**歳） |
| 傷病名 | **うつ病** |
| 初診日 | 昭和・平成　　　**20**年　　**5**月　　**15**日 |
| 障害認定日  記入不要です | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 初診日の年金加入状況 | 国民年金　　　　　　厚生年金　　　　　　共済年金 |
| 初診日以前の  年金保険料納付状況  （いずれか該当するものに  ✔を入れて下さい） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入   ✔  1年以上は継続して在職していた   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた記憶がない   自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください   * その他　※ご記入下さい   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害者手帳の有無 | 手帳名（**精神障害者保健福祉手帳**　）・　　**３**　級 |
| 家族構成 | 配偶者　　　有　・　無　　　　　　子供（18歳以下）　　**１**　人 |
| 障害年金を知ったきっかけ | ネット検索　　新聞広告　　病院の紹介　　知人の紹介　　その他 |

1.　発症～初診日～現在までの状況

|  |  |
| --- | --- |
| 病院名と受診期間 | 自覚症状・通院頻度・治療内容・日常生活の状況（不自由さ）等 |
| 発症日  (昭和･平成　　　**20** 年 　**4**　月 　**頃**　日) | 発症当時の症状  **仕事が多忙でストレスを感じていた**  **意欲の低下・疲労感・不眠・食欲不振などの自覚症状があり病院の受診を決意** |
| 病院名  (　　**○○メンタルクリニック**　　　　　　)  初診日(昭和･平成　**20**年 　**5**月 　**15**日)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  **20**年　**12**月　**頃**　日) | **診察・検査の結果、うつ病と診断**  **薬処方　外来通院（月1回）**  **正社員・営業職（体調不良により休みがち）** |
| 病院名  (　　**△△病院　精神科**　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　**21**年 　**1**月 **頃**　日～  23年　6月中旬　日) | **症状が改善せず転院　紹介状あり**  **薬処方　外来通院（月2回）**  **休職（平成○年○月○日～○月○日）**  **食欲不振により体重減少（-10キロ）**  **薬を飲んでも眠れず、昼夜逆転の生活** |
| 病院名  (　　**☆☆総合病院　精神科**　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　**23**年 　**7**月 　**20**　日～  **26**年**11**月　**現在**日) | **症状が悪化した為、自己判断で転院　紹介状なし**  **薬処方　外来通院（月1～2回）**  **復職したが、体調不良が続き、〇年○月末で退職**  **無収入になったため経済的な不安が強い** |
| 病院名  (　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)  受診期間  (昭和･平成　　 年 　　月 　　日～  　　年　　　月　　　日) |  |

2.　相談場所：〒810-0074　福岡県福岡市中央区

大手門3-1-1　大手門高木ビル5F

電話：092－753－9973

※迷われた場合にはご連絡ください。

3.　ご持参頂くもの

* 1. 年金手帳
  2. 印鑑
  3. この紙
  4. 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
  5. 申請時に使用した診断書の写し（障害者手帳を持っている場合）

≪その他　特記事項≫

今、困っていること、相談したいことなどご記入下さい

**うつ病により会社を退職。小さい子供がいる為経済的な不安が強い。**

**治療に専念できる環境を整えて、障害者枠で再就職を目指したい。**