

【事前準備シート】

※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。 ご記入の上、相談日当日にご持参ください。
申請タイミングを早めるためにもご協力ください。

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・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)	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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 <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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

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。

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）



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

【事前準備シート】

※すぐに分かる範囲でのご記入で結構です。 ご記入の上、相談日当日にご持参ください。
申請タイミングを早めるためにもご協力ください。

記入例

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	ふくおか たろう 福岡 太郎 (男)・女
基礎年金番号	1234 — 567890
住所	〒 810-0074 福岡市中央区大手門〇—〇—〇 福岡アパート〇〇〇号室
電話番号	自宅： 092 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇 携帯： 090 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇
生年月日	(男)・平成 50 年 1 月 1 日 (40 歳)
傷病名	うつ病
初診日	昭和・(男)・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	(男)・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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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 (男) ・ 無 子供 (18歳以下) 1 人
障害年金を知ったきっかけ	ネッ(男)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、○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
- ⑥ 年金手帳
 - ⑦ 印鑑
 - ⑧ この紙
 - ⑨ 障害者手帳（障害者手帳を持っている場合）
 - ⑩ 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。**