

No.

相談受付票

受付日 年 月 日

氏名・性別	男 ・ 女
〒・住所	
電話番号	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
傷 病 名	
初診日と医療機関	初 診 日 平成 年 月 日 医療機関名
障害認定日	昭和・平成 年 月 日
初診日の年金加入状況	厚生年金 国民年金 共済年金
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
年金手帳を受け取ったか?	Yes No

No.

障害年金を知ったきっかけ (検索したキーワードなど)	
今、困っていること	
周囲の障害年金受給状況	

初診日から現在までの状況

病院名と受診期間	治療内容 日常生活の状況 (不自由さ)
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	
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	
医療機関名 年 月 日～ 年 月 日	

No.

特記事項