

障がい基礎年金相談シート

記入年月日：令和 〇年 〇月 〇日

基礎年金番号	〇〇〇〇—〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭・平 〇 年 〇 月 〇 日 (〇歳) (西暦： 〇〇〇〇)
請求者	フリガナ フジサワ ハナコ 藤沢 花子	連絡先	(0466) 〇〇 — 〇〇〇〇 (請求者・来庁者・その他)
来庁者	フリガナ フジサワ イチロウ 藤沢 一郎	続柄	父

① 傷病名	統合失調症 (生来の知的障がい) 有 ・ 無			
② 初診日	昭和・平成・令和 〇 年 (西暦： 〇〇〇〇) 〇 月 〇 日 ※障がい基礎年金の受給は、初診日が 65 歳未満でなければなりません			
③ 認定日 (職員記入欄)	昭和・平成・令和 年 (西暦：) 月 日 (20 歳・1 年半・固定)			
④ 障がい者手帳	有 (以下に等級を記入) ・ 無 ・ 申請中 種類：身体 () 級 ・ 精神 (〇) 級 ・ 療育 () 級			
⑤ 医療機関受診履歴 ※傷病名と診断された日が初診日とならない場合もあります。体調に異変を感じ、通院されたすべての病院を記載してください。	医療機関	通院期間	紹介状	カルテ
	1 〇〇〇クリニック	〇〇年 〇〇月 〇〇日 ～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		有 ・ 無 不明
	2 □□□病院	□□年 □□月 □□日 ～ □□年 □□月 □□日	有 ・ 無	有 ・ 無 不明
	3 △△精神医療センター	△△年 △△月 △△日 ～ △△年 △△月 △△日	有 ・ 無	有 ・ 無 不明
	4	年 月 日 ～ 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無 不明
	5	年 月 日 ～ 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無 不明
⑥ 初診日の年金加入状況に〇 (障がい年金の手続き先)	〇	国民年金第 1 号	→ 藤沢市役所または年金事務所	
		国民年金第 3 号 / 厚生年金	→ 年金事務所	
		共済年金	→ 初診日時点で加入していた共済組合	
		未加入 (20 歳前・60～65 歳未満)	→ 藤沢市役所または年金事務所	
⑦ 家族構成	配偶者： 有 ・ 無 子ども： 有 (18 歳未満※障がいがある場合は 20 歳未満) ・ 無			
⑧ 障がい年金を知ったきっかけ (複数選択可)	病院 ・ テレビ ・ インターネット ・ 雑誌 ・ 知人 市 (障がい者支援課 等) ・ その他 ()			

【来庁時の持ち物】

- ・障がい基礎年金相談シート（本紙）
- ・本人確認できるもの（マイナンバーカード、運転免許証等）
- ・基礎年金番号のわかるもの
- ・障がい者手帳（身体・精神）、療育手帳 ※お持ちの場合

☆相談にはお時間がかかりますので、お時間に余裕をもってお越しください。

事務担当 〒251-8601 藤沢市朝日町 1-1 藤沢市役所 保険年金課 総務・財務担当
TEL0466-25-1111（内線 3219） 受付時間 8 時 30 分から 17 時（12 時から 13 時を除く）

(職員記入欄)

●請求事由

認定日請求・事後請求（認定日不支給・以後悪化・診断書無）・併合・額改定・停止消滅・その他（ ）

●交付した書類

交付日：令和 年 月 日

☐診断書（眼　・　聴覚　・　肢体　・　精神　・　呼吸器　・　循環器　・　腎肝糖　・　その他　）

【☐ 認定日： 枚 ☐ 現症日： 枚 】

☐ 受診状況等証明書

□受診状況等証明書が添付できない申立書 枚

☐ 第三者証明 枚

□病歴・就労状況等申立書 枚

□初診日に関する調査票（先天性〈眼・聴覚・股関節等〉・ 糖尿・ 腎臓・ 肝臓・ 肺・ 心臓）

☐障がい基礎年金の請求に必要なもの

☐ その他 ()

●障がい認定日・請求方法の確認

確認日：令和 年 月 日

〈初診日〉 年 月 日 〈病院〉	〈認定日〉 年 月 日 〈病院〉	〈現在の病院〉
------------------------	------------------------	---------