

障がい基礎年金相談シート



記入年月日：令和 年 月 日

基礎年金番号	—	生年月日	昭・平 年 月 日 (歳) (西暦:)
請求者	フリガナ	連絡先	() — (請求者・来庁者・その他)
来庁者	フリガナ	続柄	

①傷病名	(生来の知的障がい) 有 ・ 無			
②初診日	昭和・平成・令和 年 (西暦:) 月 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 () 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があります。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	年 月 日 ～ 年 月 日	/	有 ・ 無 不明
	2	年 月 日 ～ 年 月 日	有 ・ 無	有 ・ 無 不明
	3	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○ (障がい年金の手続き先)	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〉