**【事前準備シート】**

記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 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・令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 障害認定日（記入不要） | 昭和・平成・令和　　　　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 |
| 当事務所を知ったきっかけ | ア　当事務所のＨＰ 　**※下記の質問に回答をお願いします**イ　ＷＥＢ広告ウ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 就労移行支援施設 ／ 社労士 ／ その他 ）エ　紙広告　（ パンフレット ／ 漫画冊子 ／ ポスター ／ その他 ） |
| Ｑ1. どのようにして当事務所のＨＰをお知りになりましたか？□　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

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･令和　 年　　 月　　日) | 発症当時の症状 |
| 病院名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　 年　　 月　　日)受診期間(昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)受診期間(昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)受診期間(昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　　　　　　　　)受診期間(昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～年　　月　　日) |  |

2.　相談場所： 北斗障害年金相談支援センターふくおか

 （運営 北斗社会保険労務士法人 ）

所 在 地： 北福岡県福岡市中央区大名1丁目2-23

 BUSINESS ONE けやき通りビル7F

 北斗社会保険労務士法人内

 天神駅・赤坂駅すぐです。

電　　話： 0800-808-5151

 ※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. マイナンバーカード（マイナンバー通知カード+運転免許証）
	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　　令和　５ 年　６月　７日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 　　 　　男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 基礎年金番号 | **1２３４**　　　　―　　　**５６７８９０** |
| 住所 | 〒**XXX-XXXX****福岡市〇〇区○○町１丁目23―45　福岡アパート101号室** |
| 電話番号 | 自宅： **０９３　―　 １２３　 ―　４５６７**携帯： **０９０　― １２３４ ―　５６７８** |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　**58**年　　**1**月　　　**1**日　（　**40**歳） |
| 傷病名 | **うつ病** |
| 初診日 | 昭和・平成・令和　　**24**年　　　**5**月 　　**15**日 |
| 障害認定日（記入不要） | 昭和・平成・令和　　　　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 |
| 当事務所を知ったきっかけ | ア　当事務所のＨＰ 　**※下記の質問に回答をお願いします**イ　ＷＥＢ広告ウ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 就労移行支援施設 ／ 社労士 ／ その他 ）エ　紙広告　（ パンフレット ／ 漫画冊子 ／ ポスター ／ その他 ） |
| Ｑ1. どのようにして当事務所のＨＰをお知りになりましたか？**✔**□　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？（　**障害年金　福岡市　うつ病　　いくらもらえるか？**　　　　　　） |

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・令和　**24** 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・令和　**24**年 　**5**月　**15**日)受診期間(昭和･平成・令和　　 年 　　月 　　日～**24**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・令和　**25**年 　**1**月 **頃**　日～**27**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・令和　**27**年　**7**月　**20**日～**令和 5**年　**6**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・令和　　 年 　　月 　　日～　　年　　　月　　　日) |  |

2.　相談場所： 北斗障害年金相談支援センターふくおか

 （運営 北斗社会保険労務士法人 ）

所 在 地： 北福岡県福岡市中央区大名1丁目2-23

 BUSINESS ONE けやき通りビル7F

 北斗社会保険労務士法人内

 天神駅・赤坂駅すぐです。

電　　話： 0800-808-5151

 ※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. マイナンバーカード（マイナンバー通知カード+運転免許証）
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。**