

【事前準備シート】

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・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 年 月 日
障害認定日（記入不要）	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
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？ <input type="checkbox"/> グーグルで検索 <input type="checkbox"/> ヤフーで検索 <input type="checkbox"/> 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          年          月          日)	発症当時の症状
病院名 ( ) 初診日 (昭和・平成          年          月          日) 受診期間 (昭和・平成          年          月          日～          年          月          日)	
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成          年          月          日～          年          月          日)	
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成          年          月          日～          年          月          日)	

病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成 年 月 日～ 年 月 日)	
---	--

千葉駅から事務所までのアクセスマップ (徒歩 10 分です)

2. 相談場所：千葉市中央区栄町 36-10  
 YS 千葉中央ビル 9F  
 電話：043-304-6906  
 ※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 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

記入例

記入日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名・性別	ちば たろう <b>千葉 太郎</b> (男)・女 (旧姓 : )
基礎年金番号	<b>1234</b> — <b>567890</b>
住所	〒 <b>260—0016</b> <b>千葉市中央区栄町〇〇—〇〇 千葉アパート〇〇〇号室</b>
電話番号	自宅 : <b>043 — 〇〇〇 — 〇〇〇〇</b> 携帯 : <b>090 — 〇〇〇〇 — 〇〇〇〇</b>
生年月日	(昭和)・平成 <b>53</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日 ( <b>40</b> 歳)
傷病名	<b>うつ病</b>
初診日	昭和・(平成) <b>20</b> 年 <b>5</b> 月 <b>15</b> 日
障害認定日 (記入不要)	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 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 <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 ( <b>精神障害者保健福祉手帳</b> ) <b>3</b> 級
家族構成	配偶者 (有) ・ 無 子供 (18歳以下) <b>1</b> 人
当事務所を知ったきっかけ	<input checked="" type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> グーグルで検索 <input type="checkbox"/> ヤフーで検索 <input type="checkbox"/> その他
	Q2. 検索したキーワードは何ですか? ( <b>障害年金 千葉市 うつ病 いくらもらえるか?</b> )

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 <b>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</b>
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)	<b>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)</b>
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)	<b>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</b>
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)	<b>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</b>
病院名 ( ) 受診期間 (昭和・平成) 年 月 日～ 年 月 日)	

千葉駅から事務所までのアクセスマップ（徒歩 10 分です）

2. 相談場所：千葉市中央区栄町 36-10

YS 千葉中央ビル 9F

電話：043-304-6906

※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 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

**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。**