

【事前準備シート】

記入日 令和 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・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)	<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？ ()

2. 相談場所：福岡障害年金サポートセンター

(運営 北九州中央社会保険労務士法人)

所在地：北九州市八幡西区黒崎3-1-3 菅原ビル5F

JR黒崎駅より徒歩1分です。

電話：093-644-0068

※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 令和 元 年 10 月 1 日

ふりがな 氏名・性別	ふくおか たろう 福岡 太郎 (男)・女 (旧姓:)
基礎年金番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0
住所	〒 XXX-XXXX 北九州市〇〇町1丁目23-45 福岡アパート101号室
電話番号	自宅: 0 9 3 — 1 2 3 — 4 5 6 7 携帯: 0 9 0 — 1 2 3 4 — 5 6 7 8
生年月日	(昭和) 平成 54 年 1 月 1 日 (40 歳)
傷病名	うつ病
初診日	昭和 (平成) 令和 20 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)	<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 (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	<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? (障害年金 北九州市 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 20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 20年 5月 15日) 受診期間 (昭和・平成・令和 年 月 日～ 20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 21年 1月 頃 日～ 23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 23年 7月 20日～ 令和 元年 10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、○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：福岡障害年金サポートセンター

(運営 北九州中央社会保険労務士法人)

所在地：北九州市八幡西区黒崎3-1-3 菅原ビル5F

JR黒崎駅より徒歩1分です。

電話：093-644-0068

※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。**