

※ 相談日までに、記入いただいたうえで、ご来庁をお願いします。

No.

令和 年 月 日

障害基礎年金 事前確認シート

請求者	フリガナ 氏名	生年月日 S・H 年 月 日 (歳)
	住所	基礎年金番号
相談者	フリガナ 氏名	請求者との続柄
連絡先電話番号 (相談者・請求者・その他)		

あてはまるところに記入または○をつけてください。

●障害の種類 ⇒ 眼・聴・肢体・精神・内部 [呼・循・腎・その他 ()]

●障害の原因となった傷病名 ⇒ _____

●障害の原因となった傷病で初めて医師の診察を受けた日 ⇒ S・H・R 年 月 日 (歳)

●障害者手帳 有 (身体 ・ 精神 ・ 療育 ・ 他 級 種) ・ 申請中 ・ 無

初診の医療機関名	(2件目・現在)の医療機関名	(3件目・現在)の医療機関名
通院期間 年 月～ 年 月	通院期間 年 月～ 年 月	通院期間 年 月～ 年 月

《その他備考》

.....

.....

.....

.....

※当日、代理人がご来庁の際は代理人の本人確認書類に加え、委任状、または請求者の障害者手帳をご持参頂きますよう、お願いします。

なお、当日聞き取りをさせて頂いた結果、市役所でご案内ができない、申請が可能になるまでに時間を要する 等の場合がございます。あらかじめご了承ください。

窓口相談予約日 年 月 日 : ~