**【無料相談事前シート】**

**※分かる範囲でかまいませんので、ご記入の上、無料相談当日にご持参ください。**

記入日　　平成　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・性別 | ふりがな  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□男・□女 |
| 基礎年金番号 | － |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 傷病名 |  |
| 発病日とその時の状況  （初診前、具合が悪くなった時の  　状況） | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳）  症状（病院へ行く前の状況など） |
| 初診日（具合が悪く初めて病院へ  行った日） | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 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  　✓を入れてください） | * 初診日当時は厚生年金または共済年金に加入   □初診日以前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に加入   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  □初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていない   * その他　※ご記入ください   （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 障害認定日（当ｾﾝﾀｰで記入します） | 昭和・平成　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） |
| 障害者手帳の有無 | □無・□有（手帳名：　　　　　　　　　　　　　）・　　　級 |
| 家族構成 | 配偶者□無・□有　　　　子供（18歳以下）□無・□有（　　　人） |
| 障害年金を知ったきっかけ | □ネット検索　□新聞広告　□病院の紹介　□知人の紹介　□その他 |

【初診から現在までの状況】

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関と受診期間 | 自覚症状、通院頻度、治療内容、医師からの指示事項、  仕事の状況、日常生活の状況（不自由さ）など |
| 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） |  |
| 病院名  （　　　　　　　　　　　　　）  受診期間  （昭和・平成　　年　　月　　日～  　　　　年　　月　　日） |  |

【相談場所】

あいホール　浜松市男女共同参画・文化芸術活動推進センター

住吉バイパス

〒433-8123　静岡県浜松市中区幸三丁目3番1号

四つ池公園

方面　⇒



交通アクセス

[バスでお越しの方]

浜松駅バスターミナル13番のりば50系統

市役所山の手医大域（あいホール下車）

[車でお越しの方]

駐車場：1回につき100円

城北工業

高校方面↓

方面　⇒

【ご持参いただくもの】お手元にあればお持ちください。

1. 年金手帳
2. 年金定期便（できるだけ新しいもの）
3. 障害者手帳（お持ちの方のみ）
4. 病院の診察券、領収書など、受診が確認できるもの（お持ちいただける範囲でかまいません）
5. おくすり手帳（初診から現在まで）
6. 無料相談事前シート（この用紙）
7. ご印鑑（シャチハタでないもの）

【特記事項】

お困りのことなどあればご記入ください。