

## 障害年金相談票

※太線内をご記入下さい(分からない所はご記入頂かなくても大丈夫です)

			年 月 日
お名前		生年月日	年 月 日
ご住所			
電話番号 (携帯電話・FAX番号)		メールアドレス	
傷病名		左記の傷病 初診日	年 月 日
初診日時点の年齢	歳	初診日に加入 していた年金制度	
ご相談内容			
発病から現在までの経緯(概要)			
保険料納付期間			
現在の就労	有 ・ 無	就労されている場合の、お仕事の内容、就労時間等	
同居の家族	有 ・ 無		
現在の日常生活において支障が生じていることお困りのこと等(具体的に)			

個人情報の適正な取り扱いに関する法令その他の規範を遵守いたします。