１．対象者について（わかる限りで御記入ください。）

|  |
| --- |
| 初回相談日 |
| 　　　年　　　月　　　日　時～　　 　 時 |

|  |  |
| --- | --- |
| 基礎年金番号 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成 |
| 氏名 |  | 年　　 月 　　日 |
| 電話番号 |  |
| 住所 | 坂戸市 |
| 障害者手帳 | 身体　・　精神　・　療育　（　　　　級）　なし　・　申請中 |
| 傷病名 |  |
| 初診日 | 昭和　・　平成　・　令和　　　　　　年　　　　月　　　　　日 |
| 受診歴**（請求予定の傷病に係る内容のみ御記入ください）** |
| 通院期間 | 病院名 |
| 初診 | 　　　　　年　　　　月　　　　日から |  |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| ２ | 　　　　　年　　　　月　　　　日から |  |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| ３ | 　　　　　年　　　　月　　　　日から |  |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日まで |
| ４ | 　　　　　年　　　　月　　　　日から |  |
| 　　　　　年　　　　月　　　　日まで |

※受診歴が書ききれない場合、裏面または別紙に記載してください。

代理人について（本人以外が主な相談者となる場合は御記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| 住所 |  |

申請に当たっての注意点

○６５歳の誕生日の前日を過ぎてから一定の障害状態となった場合、原則、障害基礎年金の請求はできません。（６５歳以降での厚生年金加入や国民年金任意加入中に初診日のある方は年金事務所へお問合せください。）

○別世帯の代理人による相談等は、委任状が必要です。入院等で委任状が御用意できない場合は、御相談ください。

**お問合せ**　　市民課　国民年金係（内線４４７・４４８・４４９）