記入日　　令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 　　　　男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 基礎年金番号 | 　　　　　　　　　― |
| 住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 | 自宅：　　　　　―　　　　　　―携帯：　　　　　―　　　　　　― |
| メールアドレスもしくはLINE：ID | ※携帯メールご記入の際は@po.minc.ne.jpが受信できるようご設定ください。 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　　　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） | * 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* 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた

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記憶がない

自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください* 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　紙媒体（パンフレット、チラシ、その他）エ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 就労移行支援施設 ／ 社労士 ／ 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？□　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？（　　　　　　　　　　　　　　　） |

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　　 年 　　 月 　　　日) | 発症当時の症状 |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |
| 病院名(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |



2.　相談場所：鹿児島市東開町4-112

 　　　　 ひまわり総合事務所内

電話：099-210-2825

笹貫電停から約７分

笹貫バス停留所から約５分

※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（みとめ印）
	3. この用紙
	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　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| ・性別 | 　　男・女　（旧姓：　　　　　　） |
| 基礎年金番号 | **１２３４　―　５６７８９０** |
| 住所 | 〒　**８９０　―　００００****鹿児島市〇〇〇町〇〇－〇〇　　鹿児島マンション〇〇〇号室** |
| 電話番号 | 自宅:　**０９９　―　２１０　　―　〇〇〇〇**携帯:**０９０　―　〇〇〇〇　―　〇〇〇〇** |
| メールアドレスもしくはLINE：ID | 　**〇〇〇〇〇＠〇〇〇.ne.jp**※携帯メールご記入の際は@po.minc.ne.jpが受信できるようご設定ください。 |
| 生年月日 | 昭和・平成・令和　**４０**年　　**７**　　月　**７**　　日　（　**５４**　歳） |
| 傷病名 | **うつ病** |
| 初診日 | 昭和・平成・令和　**２５**　年　**１２**月　**１８**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） | * 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* 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた

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記憶がない

自営業　専業主婦　学生　無職　　※いずれか〇で囲んでください* 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 | 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　紙媒体（パンフレット、チラシ、その他）エ　紹介　（　病院 ／ 知人 ／ 就労移行支援施設 ／ 社労士 ／ 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？□　グーグルで検索　　　□　ヤフーで検索　　　□　その他 |
| Ｑ2. 検索したキーワードは何ですか？（**鹿児島　障害年金　うつ病**） |

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**25**年 　**10**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**25**年 **12**月**18**日)受診期間(昭和･平成･令**25**年 **12**月**18**日　　　　　　　**～27**年　**8**月**頃**日) | **診察・検査の結果、うつ病と診断される。****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　**27**年 　**8**月 **頃**　日～**30**年**6**月**上旬**　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　**30**年 **6**月 　**上旬**　日～　**31**年　**3**月**下旬**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、体調不良が続くき、症状が悪化する。** |
| 病院名(　**◎◎◎総合病院　精神科**　　　　　)受診期間(昭和･平成　**３１**年　**３**月 **下旬**日～　**２**　年　**４**月　**現在**日) | **平成３１年３月下旬に、☆☆総合病院から◎◎◎総合病院を紹介され、入院する。その後、退院し、現在通院中である。****再度復職ができず、〇年○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(　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)**初診日**(昭和･平成･令和　年　月　日)受診期間(昭和･平成･令和　　 年 　　月 　　日～　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日) |  |



2.　相談場所：鹿児島市東開町4-112

 　　　　 ひまわり総合事務所内

電話：099-210-2825

笹貫電停から約７分

笹貫バス停留所から約５分

※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（みとめ印）
3. この用紙
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）
	* **うつ病により、会社を退職。現在、無職無収入。**
	* **学生の子どもがいる為、学費もかかり、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。**

≪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