

【事前準備シート】

記入日 令和 年 月 日

ふりがな 氏名・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）	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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 <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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？ <input type="checkbox"/> グーグルで検索 <input type="checkbox"/> ヤフーで検索 <input type="checkbox"/> 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

ふりがな 氏名・性別	かごしま たるう 男・女 (旧姓：)
基礎年金番号	1 2 3 4 — 5 6 7 8 9 0
住所	〒 8 9 0 — 0 0 0 0 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： 0 9 9 — 2 1 0 — 〇 〇 〇 〇 携帯： 0 9 0 — 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 4 0 年 7 月 7 日 (5 4 歳)
傷病名	うつ病
初診日	昭和 平成 令和 2 5 年 1 2 月 1 8 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)	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 初診日当時は国民年金保険料を継続して支払っていた <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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 <u>自営業 専業主婦 学生 無職</u> ※いずれか○で囲んでください <input type="checkbox"/> 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? <input checked="" type="checkbox"/> グーグルで検索 <input type="checkbox"/> ヤフーで検索 <input type="checkbox"/> 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
<p>発症日 (昭和・平成・令和 25 年 10 月 頃 日)</p>	<p>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。</p>
<p>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・令和 25 年 12 月 18 日 ～27 年 8 月頃日)</p>	<p>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)</p>
<p>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)</p>	<p>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。</p>
<p>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)</p>	<p>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。</p>
<p>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)</p>	<p>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、○年○月末で退職。 無収入になったため経済的な不安が強い。</p>

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

- 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。