

障害基礎年金 受付点検の留意点

病歴・就労状況等申立書の記入項目の点検について、特に注意していただきたいポイントは、以下のとおりです。各項目もれのないよう確認をお願いします。

自覚症状が現れた日を記入しているか。

- ・健康診断等で異常が発見された場合は、異常を指摘された日。
- ・先天性疾患の場合は、症状を自覚したとき、または、検査で異常が発見された日。
- ・生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は誕生日。

診断書の傷病（障害年金を請求する傷病）を記入しているか。

初めて診療を受けた日を記入しているか。（生来性の知的障害「精神遅滞」の場合は誕生日。）請求書④欄と同じか。

病歴・就労状況等申立書

No. ー 枚

（請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。）

| 病歴状況 | 傷病名 | 発病日 | 昭和・平成 年 月 日 | 初診日 | 昭和・平成 年 月 日 |
|---|---|--|-------------|-----|-------------|
| 記入する前にお読みください。 ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあけず記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 | | | | | |
| 1 | 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで） | | | |
| 2 | 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 | | | |
| 3 | 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 | | | |
| 4 | 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 | | | |
| 5 | 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 | | | |

①「1～5」には、発病から現在までの状況について、期間を空けずに記入しているか。

②受診期間と受診していない期間を分けて記入しているか。

③受診期間は医療機関ごとに分けて記入しているか。「受診した」を○で囲んで、「医療機関名」を記入しているか。

④受診していなかった期間は、「受診していない」を○で囲んでいるか。

⑤同じ病院に長期間受診しているときは、3～5年ごとに区切って記入しているか。

⑥受診していない期間が長期間のときは3～5年ごとに区切って記入しているか。

⑦生来性の知的障害（精神遅滞）及び発達障害の場合は、生まれてから小学校入学前、小学校低学年、小学校高学年、中学生、高校生など、ある程度時期を区切って記入しているか。

⑧受診状況等証明書、診断書と整合性があるか。

⑨「心房細動」と「脳梗塞」※など、相当因果関係の有無を確認すべき既往症や受診歴（前医）があれば、既往症についても、別途病歴・就労状況等申立書が作成されているか。※かけは第48号4頁参照。

・受診していない期間についても記入しているか。（受診しなかった理由、自覚症状の程度、日常生活の状況等を詳しく記入しているか。）

・項目が不足する場合は、次頁「続紙」を活用してすべての期間を記入しているか。

※裏面も記入してください。

1405 1018 019

就労していた（している）場合

仕事の内容や通勤方法、出勤日数などを具体的に記入しているか。

<記入例>

職 種：飲食店で接客業務、一般企業での事務職、建設会社での現場作業員
 通勤方法：電車とバスで片道1時間10分
 出勤日数：前月15日、前々月20日 など

障害認定日による請求の場合、年月日を記入しているか。

就労・日常生活状況 1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と
 2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。

1. 障害認定日（昭和・平成 年 月 日）頃の状況を記入してください。

| | | | |
|------------------|--|--|---|
| 就労状況 就労していた場合 | 職種（仕事の内容）を記入してください。 | | |
| | 通勤方法を記入してください。 | 通勤方法 通勤時間（片道） | 時間 分 |
| | 出勤日数を記入してください。 | 障害認定日の前月 日 | 障害認定日の前々月 日 |
| 就労していない場合 | 仕事をしていた（休職していた）理由をすべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 | ア 体力に自信がなかったから イ 医師から働くことを止められていたから ウ 働く意欲がなかったから エ 働きたかったが適切な職場がなかったから オ その他（理由 ） | |
| | 日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできた 2→自発的にできたが援助が必要だった 3→自発的にできないが援助があればできた 4→できない | 着替え（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） | 洗面（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4） |
| 日常生活状況 | その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。 | | |

1. 障害認定日頃の状況

障害認定日による請求の場合は記入しているか。
 （事後重症による請求の場合は記入不要。）

就労していない（していなかった）場合

休職中だった場合も記入しているか。

2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

| | | | |
|------------------|---|--|---|
| 就労状況 就労している場合 | 職種（仕事の内容）を記入してください。 | | |
| | 通勤方法を記入してください。 | 通勤方法 通勤時間（片道） | 時間 分 |
| | 出勤日数を記入してください。 | 請求日の前月 日 | 請求日の前々月 日 |
| 就労していない場合 | 仕事をしていない（休職している）理由をすべて○で囲んでください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。 | ア 体力に自信がないから イ 医師から働くことを止められているから ウ 働く意欲がないから エ 働きたいが適切な職場がないから オ その他（理由 ） | |
| | 日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできる 2→自発的にできるが援助が必要である 3→自発的にできないが援助があればできる 4→できない | 着替え（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） | 洗面（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4） |
| 日常生活状況 | その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。 | | |
| 障害者手帳 | 障害者手帳の交付を受けていますか。 | 1 受けている 2 受けていない 3 申請中 | |
| | 交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。 その他の手帳の場合は、その名称を（ ）内に記入してください。 ※略字の意味 身→身体障害者手帳 療→療育手帳 精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳 | ① 身・精・療・他（ ） 昭和・平成 年 月 日（ ）級 障害名（ ） ② 身・精・療・他（ ） 昭和・平成 年 月 日（ ）級 障害名（ ） | |

2. 現在（請求日頃）の状況

事後重症による請求の場合は記入しているか。
 （障害認定日による請求の場合でも、障害認定日から1年以上経過して請求する場合は記入しているか。）

障害者手帳が交付されている場合は、記入しているか。

（記入がある場合、障害者手帳のコピーの添付をお願いします。）

請求者の住所、氏名、電話番号を記入しているか。

（代理人が作成または代筆の場合は、代筆者の氏名、請求者から見た続柄の記入があり、請求者の押印があるか。）

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

平成 年 月 日 請求者 現住所

代筆者 氏名 請求者から見た続柄（ ）

氏名 電話番号 - -

【枚数について】

複数枚記入した場合は、順番と作成枚数を数字で記入しているか。

<例> 全部で2枚作成した場合
 1枚目 → NO. 1 - 2枚中
 2枚目 → NO. 2 - 2枚中

項目欄が不足する場合は、続紙を活用しているか。

病歴・就労状況等申立書(続紙)

No. - 枚中

| 病歴状況 | 傷病名 | |
|--|-------------------|---------|
| 記入する前にお読みください。 ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入し、左側の空欄に通番を記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。 | | |
| 昭和・平成 | 年 月 日から | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 | 年 月 日まで | |
| | 受診した ・ 受診していない | |
| | 医療機関名 | |
| 昭和・平成 | 年 月 日から | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 | 年 月 日まで | |
| | 受診した ・ 受診していない | |
| | 医療機関名 | |

(略)

| | | |
|-------|-------------------|---------|
| 昭和・平成 | 年 月 日から | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 | 年 月 日まで | |
| | 受診した ・ 受診していない | |
| | 医療機関名 | |
| 昭和・平成 | 年 月 日から | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 | 年 月 日まで | |
| | 受診した ・ 受診していない | |
| | 医療機関名 | |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

平成

年 月 日

請求者

現住所

代筆者

氏名
請求者からみた続柄 ()

氏名
電話番号 - -

印

【記入全般について】

①ボールペンで記入しているか。(鉛筆や、消せるペン等で記入していないか。)

② 記入内容を訂正(修正液、修正テープ等も含む)している場合は、訂正印を押印しているか。

続紙についても、請求者の住所、氏名、電話番号を記入しているか。
 (代理人が作成または代筆の場合は、代筆者の氏名、請求者から見た続柄の記入があり、請求者の押印があるか。)

病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 2 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

| | | | | |
|---|---|-------------|--|--|
| 病歴状況 | 傷病名 | 精神遅滞 | | |
| 発病日 | 昭和・平成 10 年 7 月 2 日 | 初診日 | 昭和・平成 10 年 7 月 2 日 | |
| <p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあけずに記入してください。</p> <p>○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p>○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</p> <p>○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p> | | | | |
| 1 | 昭和・平成 10 年 7 月 2 日から 昭和・平成 17 年 4 月 1 日まで 受診した ・ 受診していない | 医療機関名 | <p>発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）</p> <p>3才になっても言葉を発しなかった。 療育センターに相談したところ、知的障害と言われた。</p> | |
| 2 | 昭和・平成 17 年 4 月 1 日から 昭和・平成 20 年 3 月 31 日まで 受診した ・ 受診していない | 医療機関名 | <p>左の期間の状況</p> <p>新しい場所が苦手で、学校に慣れるのにも数か月かかった。 着替えも手伝いが必要。</p> <p style="text-align: center;">小学校1年生～小学校3年生</p> | |
| 3 | 昭和・平成 20 年 4 月 1 日から 昭和・平成 23 年 3 月 31 日まで 受診した ・ 受診していない | 医療機関名 | <p>左の期間の状況</p> <p>漢字は書けない。 2ケタの計算はできない。 担任の先生や数人の友人とは会話ができるようになった。</p> <p style="text-align: center;">小学校4年生～小学校6年生</p> | |
| 4 | 昭和・平成 23 年 4 月 1 日から 昭和・平成 26 年 3 月 31 日まで 受診した ・ 受診していない | 医療機関名 | <p>左の期間の状況</p> <p>季節に合った服を選ばず、母親が毎日服を選んでいる。 思っていることが言葉で説明できなく、イライラして家族に 当たり散らすことがある。</p> <p style="text-align: center;">中学生</p> | |
| 5 | 昭和・平成 26 年 4 月 1 日から 昭和・平成 29 年 3 月 31 日まで 受診した ・ 受診していない | 医療機関名 | <p>左の期間の状況</p> <p>支援学校に通学。 お小遣いを渡すとおやつ・ジュース代ですぐ使ってしまう。 予定変更があるとパニックになってしまう。</p> <p style="text-align: center;">高校生</p> | |

※裏面も記入してください。

1405 1018 019

病歴・就労状況等申立書(続紙)

No. 2 - 2 枚中

| 病歴状況 | 傷病名 | 精神遅滞 |
|--|---|------|
| <p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、<u>現在までの経過</u>を年月順に期間をあけずに記入し、左側の空欄に通番を記入してください。</p> <p>○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p>○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p> | | |
| <p>昭和・平成 29年 4月 1日から 昭和・平成 30年 6月 3日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p> | <p>左の期間の状況</p> <p>高校卒業後は就労支援施設で働いている。 指導者のもとで箱詰め作業をしている。 お金の管理は親がしている。</p> | |
| <p>昭和・平成 30年 6月 4日から 昭和・平成 30年 6月 18日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p> <p>△△大学病院</p> | <p>左の期間の状況</p> <p>障害年金の手続きのため受診した。</p> | |
| <p>昭和・平成 30年 6月 18日から 昭和・平成 年 現月 在日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p> | <p>左の期間の状況</p> <p>家事は一切できない。 母の指示で料理をテーブルに並べる程度。 入浴も満足に身体を洗うことができないため、時々母が身体を洗っている。</p> | |
| <p>昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p> | <p>左の期間の状況</p> | |
| <p>昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名</p> | <p>左の期間の状況</p> | |

※裏面（署名欄）も記入してください。

記載例（その1）

| | |
|---|---------|
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |
| 昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 |

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

平成 30 年 7 月 2 日

請求者 現住所 ○○市○○1丁目2

代筆者 氏名 国年 里子
請求者からみた続柄 (姉)

氏名 年金 よし子
電話番号 ○○○-○○○-○○○○



病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 1 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

| | | | | |
|---|--|--|-------------|--|
| 病歴状況 | 傷病名 | うつ病 | | |
| 発病日 | 昭和平成25年3月頃日 | 初診日 | 昭和平成25年6月3日 | |
| <p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。</p> <p>○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p>○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p>○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</p> <p>○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p> | | | | |
| 1 | 昭和平成25年3月1日から 昭和平成25年6月2日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで） 夜、寝つけないことが多くなった。 朝になっても布団から出られなくなり、何日も仕事を休んだりした。 心配した母親に連れられて受診した。 | | |
| 2 | 昭和平成25年6月3日から 昭和平成25年7月25日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 □□心のクリニック | 左の期間の状況 軽いうつ病と診断され、薬を処方され飲んだ。 2週間ごとに通院したが、そのうち億劫になり通院をやめてしまった。 | | |
| 3 | 昭和平成25年7月26日から 昭和平成25年12月19日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 | 左の期間の状況 体調はすぐれなかったが、無理して仕事に行っていた。 次第に仕事を休むことが増え、退職した。 退職した後は、一日中部屋に閉じこもっていた。 家族に促され精神科を受診することにした。 | | |
| 4 | 昭和平成25年12月20日から 昭和平成27年3月8日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 △△大学病院 | 左の期間の状況 薬を処方され月1回受診することになった。 思ったように予約が取れなく、また、自宅から遠かったため、自宅近くの病院に変えた。 | | |
| 5 | 昭和平成27年3月9日から 昭和平成 年 現月 在 日まで 受診した ・ 受診していない 医療機関名 ○○メンタルクリニック | 左の期間の状況 2週間ごとに通院。 掃除、洗濯などすべて母親にやってもらっている。 調子の良い時は母親と一緒に外出するが、それ以外はずっと部屋にいる。 | | |

※裏面も記入してください。

1405 1018 019