障害年金　無料相談フォーム（ＦＡＸ用）

当事務所からの返信は、原則メールとさせていただきます

■相談されるあなたのお名前	
■住　　所　（市区町村までで結構です　）	
■電 話 番 号　（市外局番からお願いします）	
■メールアドレス ＊返信用に使用しますので正確に記入お願いします	

■相談対象となる方のお名前	
■性　　別	□男　・　□女
■生年月日　□大正　・　□昭和　・　□平成	年　　月　　日生まれ
■どのような病気または障害ですか（病名）？	
■その病気または障害で初めて病院にかかった年月日を教えてください（初診日）。 （はっきりしない方もおおよその時期を記入下さい） □大正　・　□昭和　・　□平成	年　　月　　日
■その当時の年金加入状況は？	□厚生年金　・　□国民年金　・　□未加入　・　□不明

■相談内容記入欄（身体障害者手帳や療育手帳をお持ちの方は等級も記入下さい）

＜　ファックス送信先　河合事務所：　０１１－７６５－８６５９　＞