

ファックス相談フォーム

わかる範囲、差支えない範囲で記載してください。

お名前について、匿名でも相談には応じますが、適切な回答のために、できる限りご記載ください。

ふりがな 氏名	性別 1.男・2.女
回答送付先 ファックス番号	【必ず記載してください】
住所	市 区 郡 町
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳) 職業 ()
他の人に相談したことはありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 年金事務所 <input type="checkbox"/> 区役所 <input type="checkbox"/> 社会保険労務士 <input type="checkbox"/> その他 ()
今回の相談を 知ったきっかけ	<input type="checkbox"/> テレビ ・ <input type="checkbox"/> 新聞 ・ <input type="checkbox"/> ホームページ ・ <input type="checkbox"/> その他 ()
現在の状態 (当てはまるもの全てに ○をつけてください)	1. 認知症 2. 知的障害 (A ・ B1 ・ B2 3. 身体障害 (肢体 ・ 聴覚 ・ 視覚 ・ 内部 ・ その他 ()) 4. 精神障害 (1級 ・ 2級 ・ 3級) 5. 重複障害 99. その他 ()
障害者手帳はありますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある { <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 }
障害年金は受け取っていますか	<input type="checkbox"/> 受け取っています { <input type="checkbox"/> 障害基礎年金 (<input type="checkbox"/> 20歳より前の傷病・ <input type="checkbox"/> 20歳より後) <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 障害厚生年金 <input type="checkbox"/> 1級・ <input type="checkbox"/> 2級・ <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 停止中 <input type="checkbox"/> 受け取っていません
相談したいこと	【スペースが足りない場合は別の用紙にお書きください。】