

【国民年金】

障害基礎年金の請求手続きのご案内

様の手続きには次の書類が必要です。

○印のものをご用意ください。 (相談受付 平成 年 月 日 担当者名)

| | | |
|----------|--|---------|
| 1 | 年金手帳（被保険者証）・基礎年金番号通知書 | 本人 配偶者 |
| 2 | 年金証書・恩給証書（受給権があるものすべて） | 本人 配偶者 |
| 3 | 戸籍抄本（戸籍記載事項証明書）※ 戸籍謄本（戸籍全部記載事項証明書）※ | 本人 子 |
| 4 | 住民票（続柄の記載があるもの）※ | 本人 世帯全員 |
| 5 | 所得証明書・課税（非課税）証明書 (平成 年度〔平成 年分〕～平成 年度〔平成 年分〕) | 本人 子 |
| 6 | 在学証明書・学生証 | 子 |
| 7 | 障害基礎年金の子の加算請求に係る確認書 | |
| 8 | 印かん（認印でも可） | |
| 9 | 請求者名義の預金通帳、貯金通帳またはキャッシュカード | |
| 10 | 診断書・レントゲンフィルム・心電図 | 本人 子 |
| | ア 障害認定日：平成 年 月 日～平成 年 月 日の症状の診断書 イ 現在：請求手続き以前3カ月以内の症状の診断書 | |
| 11 | 受診状況等証明書（初診日等の証明） | |
| 12 | 病歴・就労状況等申立書 | |
| 13 | その他に必要な書類 | |
| | ア 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳 | |
| | イ 第三者行為事故状況届および添付書類（確認書、交通事故証明書、示談書など） | |
| | ウ 生計維持申立書 | |
| | エ 障害給付請求事由確認書 | |
| | オ 時効に関する申立書または請求遅延に関する申立書 | |
| カ その他（) | | |

※障害認定日による請求の場合は、障害認定日以降かつ請求日以前6カ月以内、事後重症による請求の場合は、請求日以前1カ月以内のものを添付してください。

(提出時期 平成 年 月 日以降)

添付書類の注意事項

- 年金請求時に必要な書類等は、請求する方により異なることがあります。詳細については、相談窓口等でおたずねください。
- 請求者以外の方がお越しになるときは、請求者が署名捺印した「委任状」のほか、相談者の運転免許証など身分を確認できるものも忘れずにご用意ください。
- 個人番号（マイナンバー）をご記入いただくことにより、請求者の生年月日に関する市区町村の証明書または戸籍抄本の添付を省略することができます。
- ※基礎年金番号を記入いただいた方であっても、生年月日に関する書類の添付が不要になる場合があります。
- 添付書類は、「コピー」、「コピー可」と記載されているもの以外は、原本を添付してください。
- 戸籍謄本、住民票等（年金請求等に用いることを目的として交付されたものを除きます。）の原本については、原本を提出したお客様から原本返却のお申出があった場合、職員がそのコピーをとらせていただいた上で、お返しいたします。（第三者証明、診断書等、原本返却できない書類もあります。）

記入上の注意事項

- この請求書は、以下の期間中に初診日がある場合に提出してください。
 - ・国民年金加入期間
 - ・20歳前または60歳以上65歳未満（国内に住んでいる方のみ）の年金未加入期間
- 請求する方の状況に応じて、書き方が異なりますのでご注意ください。
- 訂正する場合は、訂正箇所請求書の訂正印を押印してください。

年金請求書（国民年金障害基礎年金）

様式第107号

二次元コード

年金コード

630002

市区町村

年金事務所

基礎年金番号や年金手帳記号番号が2つ以上ある場合は、窓口にお申し出ください。

請求者が自ら署名する場合は、押印は不要です（代理人等が記入した場合は、押印が必要です）

※基礎年金番号が交付されていない方は、①欄に個人番号をご記入ください。
 ※基礎年金番号(10桁)で届出する場合は左詰めでご記入ください。

① 個人番号(または基礎年金番号) 2415125690

② 生年月日 昭5 平7 350420

⑩ 氏名 (フリガナ) ネンキン タロウ (氏) 年金太郎 性別 男

⑪ 住所の郵便番号 1680071 ⑫ 住所 (フリガナ) スギナミ タカイドニシ 3-5-24 (氏) 杉並 市区町村 高井戸西3丁目5番24号

①欄を記入していない方は、次のことにお答えください。(記入した方は回答の必要はありません。)
 過去に厚生年金保険、国民年金または船員保険に加入したことがありますか。○で囲んでください。
 「ある」と答えた方は、加入していた制度の年金手帳の記号番号を記入してください。

| | | | |
|--------|--|------|--|
| 厚生年金保険 | | 国民年金 | |
| 船員保険 | | | |

原則として、住民票住所を記入してください。
 ただし、住民票住所と異なる居所を通知書等送付先とする場合には、例外的に年金請求書の住所欄に通知書等送付先を記入した上で、別途、「住民基本台帳による住所の更新停止・解除申出書」を提出してください。

⑬ 年金受取機関 (フリガナ) ネンキン (氏) 年金太郎

1. 金融機関 (ゆうちょ銀行を除く) 口座名義人氏名 年金太郎

2. ゆうちょ銀行 (郵便局)

⑭ 金融機関コード ⑮ 支店コード (フリガナ) ネンキン 銀行 (フリガナ) タカイド ⑯ 預金種別 ⑰ 口座番号 (左詰めで記入)

年金送金先

ゆうちょ銀行

⑱ 貯金通帳の口座番号 ⑲ 金融機関またはゆうちょ銀行の証明

記号(左詰めで記入) 番号(右詰めで記入)

⑳ 支払局コード 1008996

※通帳等の写し(金融機関名、支店名、口座名義人氏名フリガナ、口座番号の面)を添付する場合、証明は不要です。
 ※請求者の氏名フリガナと口座名義人氏名フリガナが同じであることを確認してください。
 ※貯蓄預金口座又は貯蓄貯金口座への振込みはできません。

証明印

※口座をお持ちでない方や口座でのお受取りが困難な事情がある方は、お受取り方法について、「ねんきんダイヤル」またはお近くの年金事務所にお問い合わせください。

ゆうちょ銀行の通帳記号に枝番(ハイフンに引き続く数字)がある方のみご記入ください。

<受取機関>

金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明を受けてください。
 なお、次の場合は、金融機関またはゆうちょ銀行(郵便局)の証明は必要ありません。

- ・預金通帳(貯金通帳)を持参する場合
- ・預金通帳(貯金通帳)、キャッシュカードおよび預金口座を明らかにできる金融機関が発行する書類のコピーを添付する場合。
- ・インターネット専用銀行等の場合には、口座番号のわかる画面をプリントアウトしたもの等を添付する場合。

注) 貯蓄口座では年金の受け取りができません。また、インターネット専用銀行は年金の受け取りができない銀行もありますのでご注意ください。

<ア欄 加算額の対象者>

○下記⑦加算額の対象者欄記入について
 配偶者が「児童扶養手当」を受けており、障害年金の決定後に子の加算へ移行することを希望する場合のみ「障害基礎年金の子の加算請求に係る確認書」の内容をご確認のうえ記載してください。

| ⑦ 加算額 対象者 | ⑩ 氏 名 | | 生 年 月 日 | | | | 障害の状態 | 診 | 連絡欄 | | |
|-----------------|--------|-----|---------|-----|---|---|-------|-----------------|-----|------------------|--|
| | (フリガナ) | (氏) | (フリガナ) | (名) | 年 | 月 | 日 | 障害の状態に ある・ない | | 記 入 不 要 | |
| | ネンキン | 年 金 | ジロウ | 二 郎 | 平 | 7 | 15 | 09 | 13 | 障害の状態に ある・ない | X線フィルムの送付 有・無 枚 X線フィルムの返送 年 月 日 |
| | | | | | 平 | 7 | | | | 障害の状態に ある・ない | |
| | | | | | 平 | 7 | | | | 障害の状態に ある・ない | |

生計を同じくしている子がいる場合はご記入ください。

■子の年齢要件は次のいずれかとなります。

- ・18歳になった後の最初の3月31日まで
- ・国民年金法施行令別表に定める障害等級1級・2級の障害の状態にある場合は20歳未満

■併せて「⑤生計維持証明」欄の記入が必要です。

「ある」を○で囲んだ場合は、診断書の提出が必要です。

<イ欄 請求者の年金および配偶者について>

④ あなたは現在、公的年金制度等（表1参照）から年金を受けていますか。○で囲んでください。

| | | | | |
|----------|----------|----------|-------------|-------|
| 1. 受けている | ② 受けていない | 3. 請 求 中 | 制度名（共済組合名等） | 年金の種類 |
|----------|----------|----------|-------------|-------|

受けていると答えた方は下欄に必要事項を記入してください（年月日は支給を受けることになった年月日を記入してください）。

| 制度名（共済組合名等） | 年金の種類 | 年 月 日 | 年金証書の年金コードまたは記号番号等 |
|-------------|-------|-------|--------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

「年金の種類」とは、老齢または退職、障害、遺族をいいます。

※あなたの配偶者について、記入願います。

| (フリガナ) 氏 名 | 生 年 月 日 | 基礎年金番号 |
|------------|------------|-------------|
| ネンキン ハナコ | 昭和40年1月31日 | 2479-112345 |
| 年 金 花 子 | | |

| ⑪年金コードまたは共済組合コード・年金種別 | |
|-----------------------|--|
| 1 | |
| 2 | |
| 3 | |
| ⑫ 他年金種別 | |

他の年金を請求手続き中の場合もご記入ください。
 原則として2つ以上の年金を同時に受け取ることはできません。
 いずれか一方の年金を選ぶ（選択）ことになります。

請求者が配偶者の加給年金額対象者である場合、障害基礎年金を受けている間は配偶者の加給年金額が支給停止されます。該当する方は「加給年金額支給停止事由該当届」の提出が必要となる場合があります。

<個人番号>

① 個人番号（または基礎年金番号） 2415125690

個人番号（マイナンバー）を記入することにより、生年月日に関する書類の添付が不要になる場合があります。ただし、障害状態を確認するための診断書や所得を確認するための所得状況届等の提出が必要となる場合があります。

※ご記入いただいていない場合であっても、ご提出していただいた住民票情報等を基に、マイナンバー法に基づき、マイナンバーを登録させていただきます。マイナンバーの登録後は、年1回の現況の確認（現況届）や住所変更の届出が原則不要になります。

<カ欄 障害について>

障害基礎年金を請求する傷病名のみご記入ください。
請求書に添付する診断書「①障害の原因となった傷病名」欄
をご確認ください。

「2. 事後重症による請求」を○で
囲んだ場合は、あてはまる理由を下
から選んで○で囲んでください。

② 必ず記入してください。

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|---|--|--------------------------------|--|
| (1) この請求は左の頁にある「障害給付の請求事由」の1から3までのいずれに該当しますか。該当する番号を○で囲んでください。 | | ① 障害認定日による請求 | | 2. 事後重症による請求 | | 3. 初めて障害等級の1級または2級に該当したことによる請求 | |
| 「2」を○で囲んだときは右欄の該当する理由の番号を○で囲んでください。 | | 1. 初診日から1年6月目の状態で請求した結果、不支給となった。 2. 初診日から1年6月目の症状は軽かったが、その後悪化して症状が重くなった。 3. その他（理由） | | | | | |
| (2) 過去に障害給付を受けたことがありますか。 | | 1. はい 2. いいえ | | 「1. はい」を○で囲んだときは、その障害給付の名称と年金証書の基礎年金番号および年金コード等を記入してください。 | | 名 称 基礎年金番号・年金コード等 | |
| (3) 障害の原因である傷病について記入してください。 | | 傷 病 名 | | 1. 脳 出 血 | | 2. 3. | |
| 傷 病 の 発 生 し た 日 | | 昭和 平成 | | 25年4月25日 | | 昭和 平成 | |
| 初 診 日 | | 昭和 平成 | | 25年4月25日 | | 昭和 平成 | |
| 初診日において加入していた年金制度 | | 1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入 | | 1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入 | | 1. 国年 2. 厚年 3. 共済 4. 未加入 | |
| 現在傷病はなおっていますか。 | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | |
| なおっているときは、なおった日 | | 昭和 平成 | | 年 月 日 | | 昭和 平成 | |
| 傷病の原因は業務上ですか。 | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | |
| この傷病について右に示す制度から保険給付が受けられるときは、その番号を○で囲んでください。請求中のときも同様です。 | | 1 労働基準法 3 船員保険法 5 地方公務員災害補償法 6 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償に関する法律 | | 2. 労働者災害補償保険法 4. 国家公務員災害補償法 | | | |
| 受けられるときは、その給付の種類番号を○で囲み、支給の発生した日を記入してください。 | | 1. 障害補償給付（障害給付） | | 2. 傷病補償給付（傷病年金） | | | |
| 障害の原因は第三者の行為によりますか。 | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | |
| 障害の原因が第三者の行為により発生したものであるときは、その者の氏名および住所を記入 | | 氏 名 | | 住 所 | | | |
| (4) 国民年金に任意加入した期間について特別一時金を受けたことがありますか。 | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | | 1. はい 2. いいえ | |

初診日において20歳前または60歳以上65歳未満で厚生年金または共済組合に加入中でない場合は、「未加入」を○で囲んでください。

請求する傷病の原因が業務上である場合は、その下の欄の中から該当するものを○で囲んでください。

用語の説明

〈初診日とは〉

初診日とは、障害の原因となった病気やけが（以下「傷病」といいます）について、初めて医師または歯科医師（以下「医師等」といいます）の診療を受けた日をいいます。

同一傷病で転医があった場合は、一番初めに医師等の診療を受けた日が初診日となります。

〈障害認定日とは〉

障害認定日とは、障害の程度を定める日のことで、その障害の原因となった傷病についての初診日から起算して1年6カ月を経過した日、または1年6カ月以内にその傷病がなおった場合（症状が固定した場合）はその日をいいます。

<㊦欄 生計維持証明>

請求者によって生計を維持されている子が加算対象者となる場合にご記入ください。

請求者が自ら署名する場合は、押印は不要です（代理人等が記入した場合は、押印が必要です）。
第三者が証明する場合は、証明者の押印が必要です。

| ㊦ 生 計 維 持 証 明 | | | |
|--|---|---|--|
| 生 計 同 一 関 係 | 右の者は請求者と生計を同じくしていたことを申し立てる。 (証明する) 平成29年10月2日 請求者住所 杉並区高井戸西3-5-24 (証明者) 氏名 年金太郎 (請求者との関係:) | | |
| | (注) 1. この申立は、民生委員、町内会長、事業主、年金委員、家主などの第三者（第三者には、民法上の三親等内の親族は含まれません。）の証明に代えることができます。 2. この申立（証明）には、世帯全員の住民票（コピー不可）を添えてください。 3. 請求者が申立てを行う際に自ら署名する場合は、請求者の押印は不要です。 | | |
| 収 入 関 係 | 1. 請求者によって生計維持していた者について記入してください。 | ※確認印 | ※年金事務所の確認事項 |
| | (1) (名: 二郎) について年収は、850万円未満 ^(※) ですか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()印 ア. 健保等被扶養者 |
| | (2) (名:) について年収は、850万円未満 ^(※) ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()印 イ. 加算額または加給年金額対象者 |
| | (3) (名:) について年収は、850万円未満 ^(※) ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | ()印 ウ. 国民年金保険料免除世帯 |
| 2. 上記1で「いいえ」と答えた方のうち、その方の収入はこの年金の受給権発生時においては、850万円未満 ^(※) ですか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | エ. 義務教育終了前 オ. 高等学校等在学中 カ. 源泉徴収票・非課税証明等 |
| (※) 平成6年11月8日までに受給権が発生している方は、「600万円未満」となります。 | | 平成 29 年 10 月 2 日提出 | |

この欄は、収入関係1. で「いいえ」と答えた方のみ対象となります。

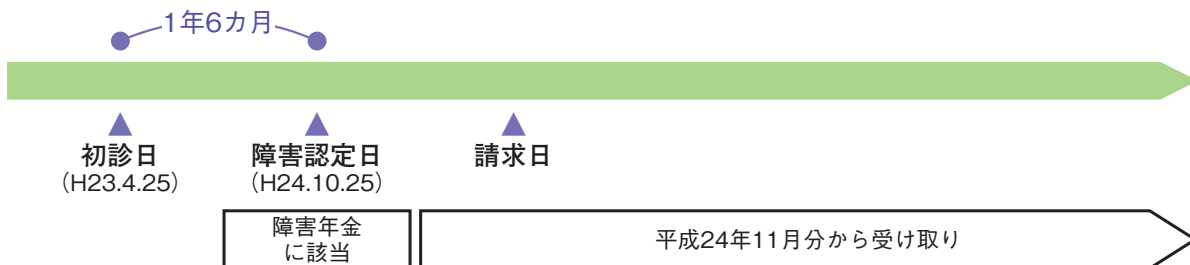
<障害年金の請求ケース>

ケース 1

自営業のAさん（52歳）は、平成23年4月25日に脳出血で倒れて病院に運ばれましたが、左半身にマヒが残りました。そのため、Aさんは障害基礎年金を請求することにしました。

■解説

ケース1の初診日は平成23年4月25日となり、障害認定日は1年6カ月経過した日である平成24年10月25日となります。障害認定日の症状が国民年金法施行令に定める障害等級の状態にあれば、障害認定日以降に障害基礎年金を請求することで、平成24年11月分から受け取れます。



障害認定日による請求

障害認定日に国民年金法施行令別表に定める障害等級1級または2級の状態にあるときに障害認定日の翌月から年金が受けられます（ただし、一定の資格期間が必要です）。このことを「障害認定日による請求」といいます。

請求書に添付する診断書は、障害認定日時点の症状がわかるものが必要です。なお、請求する日が、障害認定日より1年以上過ぎているときは、請求手続き以前3カ月以内の症状がわかる診断書も併せて必要となります。

請求書は障害認定日以降に提出することができます。

ケース 2

専業農家のBさん（45歳）は、平成20年10月から糖尿病で病院に通っています。最近になって体調が悪くなり、平成24年10月18日から人工透析をはじめたので障害基礎年金を請求することにしました。

■解説

ケース2の初診日は平成20年10月に糖尿病で初めて病院に行った日です。障害認定日は、症状が軽かったため、障害基礎年金には該当しませんでした。しかし、平成24年10月18日から人工透析（2級相当）を開始したため、人工透析開始日以降に障害基礎年金を請求することで事後重症による障害基礎年金を請求日の翌月から受け取れます。



事後重症による請求

障害認定日に国民年金法施行令別表に定める障害等級1級または2級の状態に該当しなかった人でも、その後病状が悪化し、1級または2級の障害の状態になったときには請求により障害基礎年金が受けられます（ただし、一定の資格期間が必要です）。このことを「事後重症による請求」といいます。

請求書に添付する診断書は、請求手続き以前3カ月以内の症状がわかるものが必要です。

事後重症による請求の場合、請求が遅くなると、年金の受け取りが遅くなります。

請求書は、65歳の誕生日の前々日までに提出する必要があります。