様式第15号（第15条関係）

住所ふりがな氏名

障害の現状報告書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （実施機関の職氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様  下記のとおり障害の現状を報告します。  　　　　年　　月　　日  報告者の | | | | | | | | |
| １ | 年金証書の番号 | | | 第　　　　　　　　　号 | | | | |
| ２ | 治ゆ年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| ３ | 障害等級 | | | 第　　　　　　　　　級 | | | | |
| ４ | 障害の状況 | | |  | | | | |
| ５ | 日常生活の概要 | | |  | | | | |
| ６ | | 年金の種類  （障害等級第　　級） | 年金の年額 | | 年金証書の記号番号 | 支給開始年月 | | 所轄年金事務所名等 |
| 公的年金の受給関係 | |
|
|  | 円 | | 第号 | 年　月 | |  |
|  | 円 | | 第号 | 年　月 | |  |
|  | | | | | | | ※□支給□支給停止（免責） | |

〔注意事項〕

１　この報告書は、障害補償年金の受給権者が提出すること。

２　報告者は、※の欄には記入しないこと。

３　「４　障害の状況」の欄には、最近１年間について記入すること。

４　「５　日常生活の概要」の欄には、最近１年間について記入すること。また、この間に退職した場合はその年月日、理由等を記入すること。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ※７　医師の証明  所在地名称医師の氏名  器質的障害のみの場合は、この欄の記入は必要ありません。ただし、器質的障害のみの場合であっても介護補償を受けている者については、(２)の欄について記入してください。 | | |  | | |
| (１)　障害の種類 | | | | | |
| (２)　障害の現状 | | | | | |
|  | 介護補償を受けている者にあっては、以下の項目についても記入してください。  （日常生活の状態） | | | |  |
| ①　行動能力 | □終日床  □自宅、病棟内でのみ行動できる  □通院（単独歩行）できる | | 理由  理由 |  |
| ②　食事 | □全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  □支障がない | | 理由 |  |
| ③　用便 | □全く自用を弁じない  □他人の介助によってできる  □支障がない | | 理由 |
| ④　精神能力 | □常に他人の厳重な注意を要する  □随時他人の注意を要する  □通院可能であるが就労できない | | 理由 |
| ⑤　言語能力 | □完全な失語あるいは構音機能の喪失  □他人との間でようやく意思を通じ合うことができる。  □支障がない | |  |  |
|  | | | | | |
| （報告者の氏名）  については上記のとおりであると認めます。    　　　　年　　月　　日  医療機関の | | | | | |