

初診日に関する第三者の申立書

障害基礎年金請求者、_____の 傷病名（_____）の
ついては、次の通り申し立てます。

※20歳以前に上記傷病で通院していた様子などできる限り詳細に記載願います。

平成 年 月 日

<申立人>

住所 _____

TEL _____

氏名 _____ 印

(請求者との関係： _____)

※ ご提出後に、申立内容を確認させていただくことがありますのであらかじめご了承ください