



# Questionnaire for Disability Benefits, Canada Pension Plan

Personal information Bank

HRSDC PPU 175

個人情報バンク

## カナダ年金制度の障害年金に関する 質問票

Contributor's Family Name 被保険者の姓	Contributor's Canadian Social Insurance Number 被保険者のカナダの社会保険番号
Contributor's Given Name 被保険者の名	

### Information about Your Education, Work History, Benefit History and Medical Condition 学歴・職歴・受給歴・健康状態に関する情報

#### Education 学歴

<p>1. What was the highest grade you completed in school? 最終学歴</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<p>2. Have you attended a college or university? 大学、短大、専門学校に就学しましたか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please give number of years or diploma/degree obtained. 「はい」の場合、就学年数又は取得免状/学位を記載してください。</p>																
<p>3. Have you ever had any technical or trade training or apprenticeship? これまで技術・技能訓練又は実習を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please state type. 「はい」の場合、その種類を明示してください。</p>																	
<p>4. In the last two years, have you been involved in any technical or trade training, apprenticeship or educational upgrading? 過去2年間に技術・技能訓練、実習又は学力向上するものに参加したことがありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p> <p>If "Yes", please provide dates, name and address of school(s), type of program. 「はい」の場合、日付、学校の名称及び住所、プログラムの種類を記載してください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Name of School(s) / 学校名</th> <th style="width: 30%;">Address of School(s) / 学校の住所</th> <th style="width: 20%;">Type of Program / プログラムの種類</th> <th style="width: 20%;">Date / 日付</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Name of School(s) / 学校名	Address of School(s) / 学校の住所	Type of Program / プログラムの種類	Date / 日付													
Name of School(s) / 学校名	Address of School(s) / 学校の住所	Type of Program / プログラムの種類	Date / 日付														
<p>5. Do you have plans for training or upgrading? 訓練又は学力向上の計画がありますか？ <input type="checkbox"/> Yes はい <input type="checkbox"/> No いいえ</p>	<p>If you said "Yes", please explain. 「はい」の場合には説明してください</p>																

#### Work History / 職歴

6. WORKING AT TIME OF APPLICATION / 申請時の就労状況

Are you working at the present time?  Yes はい  No いいえ

If you said "Yes", please give the following details:  
「はい」の場合には次の詳細情報を提供してください:

Type of Work:  Employee 被用者  Self-Employed 自営業者  Volunteer ボランティア

Full-Time フルタイム  Part-Time パートタイム  Seasonal 季節労働者

Number of hours per day: 一日あたりの就労時間:	Number of days per week: 週の就労日数:	Salary per hour: 時給	or per day: 又は日給
---	-------------------------------------	------------------------	---------------------

Work History (continued)

職歴(続き)

7. NOT WORKING AT TIME OF APPLICATION / 申請時に就労していない場合

a) State the name and address of your most recent employer. / 直近の雇用先の名称及び住所

Name / 名称

Address / 住所

b) Date work started (with your most recent employer):

就労開始時(直近の雇用先)

Year / 年 Month / 月

Grid for start date

Date work stopped (last day with your most recent employer):

就労停止日(直近の雇用先での就労最終日)

Year / 年 Month / 月 Day / 日

Grid for stop date

c) What kind of work did you do?

職種

Why did you stop working?

就労を停止した理由

8. Have you done any other type of work in the last five years?

過去5年間に他の種類の労働をしましたか?

Yes はい No いいえ

If you said, "Yes", list type of work and dates (include any work done outside of Canada).

「はい」の場合、職種と日付を記載してください(カナダ国外での仕事を含む)

Table with 5 rows for listing work, including columns for from/begin date and to/end date with grid boxes.

Self-Employed

自営

Note: If you are not self-employed, please go to question 15.

注: 自営ではない場合には質問15に進んでください。

9. Please describe your business, including number of employees. / 事業の内容(従業員数を含む)を説明してください。

10. When did you start the business?

事業開始時期

Year / 年 Month / 月

Grid for business start date

11. What type of work did you do in the business?

当該事業におけるあなたの職種

12. Is the business operating at the present time?

その事業は現在も継続していますか?

Yes はい No いいえ

If you said "No", what has happened to the business?

「いはい」の場合、事業はどうなりましたか?

Sold 売却 Rented 賃貸 Profit Sharing 利益分配 Transferred 譲渡 Other その他

If you said "Yes", are you working in the business?

「はい」の場合、あなたはこの事業で就労していますか?

Yes はい No いいえ

What type of work are you doing?

それはどんな職種ですか?

If you are not working in the business, how does it operate?

この事業で就労していない場合、その事業はどのように運営されていますか?

13. What was the latest year that an income tax return on the operation of the business was filed in your name?

当該事業の所得税申告書があなたの名前で提出された最後の年はいつですか?

Year / 年

14. Will you declare yourself as self-employed for income tax purposes this year?

今年の所得税は自営業者として申告しますか?

Yes はい No いいえ

## Other Work Activity

### その他の労働活動

15. In the past two years, did you do any other work at the same time as your main job (such as part-time farming, night or other employment)?  
過去2年間に、主な仕事と同時に他の仕事(半農、夜間就労又はその他の雇用)をしたことがありますか?

- No If you said "No", please go to question 16. Type of Work:  
いいえ 「はいえ」の場合には質問16に進んでください。 職種:  
 Yes If you said "Yes", please give the following details:  
はい 「はい」の場合に次の詳細情報を提供してください。

Date Work Started: / 就労開始時期: Year / 年 Month / 月	Date Work Stopped: / 就労停止日: Year / 年 Month / 月 Day / 日	Number of Hours Worked per Day: 一日あたりの労働
--	---	---

Name of Employer (if applicable) / 雇用先の名称(該当する場合)

Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号) City, Town or Village / 市町村

Postal Code / 郵便番号 Province / 州 Country / 国

16. Before you stopped working, did you have to do lighter or a different type of job?  
就労を停止する前に、仕事の軽減又は職種の変更をしなければなりませんでしたか?

- Yes  No If you said "Yes", please explain and give the date(s) if possible.  
はい いいえ 「はい」の場合、説明をして、可能ならば日付を記載してください。

17. Has your doctor told you when you can return to work? / 医師から仕事に復帰できる時期を聞いていますか?

- Yes  No If you said "Yes", please supply date.  
はい いいえ 「はい」の場合、日付を記載してください。 Year / 年 Month / 月 Day / 日

18. Do you plan to return to work or seek work in the near future? / 近い将来仕事に復帰するか又は仕事を探す計画ですか?

- Yes  No If you said "Yes", please explain, giving any known dates.  
はい いいえ 「はい」の場合、説明をし、わかっている日付を記載してください。

## Benefit History

### 受給歴

19. Is your present condition covered by either one of the following: / あなたの現状は次のいずれかの対象になっていますか:

- An employer's sick leave benefit?  Yes  No Any form of disability insurance?  Yes  No  
雇用先の病欠休暇給付 はい いいえ なんらかの障害保険 はい いいえ  
If you said "Yes", to either of the above, please state the name of the insurance company(ies)  
上記のいずれかが「はい」の場合には、保険会社の名称を記載してください。

## Occupational Accident Insurance

### 労働災害保険

20. Are any of your health problems covered by an occupational accident insurance?

あなたの健康問題は労働災害保険の適用対象になっていますか?

- Yes  No If you said "Yes", please provide details in each case. / 「はい」の場合、1件ごとに詳細を記載してください  
はい いいえ

Claim Number / 請求番号	Province / 州	Year / 年	Reason / 理由	Type of Benefit / 給付の種類

## Medical Condition

### 健康状態

21. State your:

Height: / 身長 Weight: / 体重

22. What is/are your main disabling condition(s)? / あなたの主な障害はどのような状態ですか?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Medical Condition (continued)**

**健康状態(続き)**

23. Do you have any other health-related conditions or impairments? / 他に健康に関連した状態又は機能障害がありますか?

Yes はい  No いいえ If you said "Yes", please explain.  
「はい」の場合、説明をしてください。

24. What is the approximate date that you felt you could no longer work because of your disabling medical condition?

障害状態のために就労できないと感じたのはいつ頃ですか?

Year / 年 Month / 月

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

25. Did your main disability result from an injury caused by an accident? / あなたの主な障害は事故による傷害に起因するものですか?

Yes はい  No いいえ If you said "Yes", please supply date and describe how the accident happened and the resulting injuries.  
「はい」の場合、日付を書き、事故の起こった状況とその結果の傷害を説明してください。

Year / 年 Month / 月 Day / 日

26. Have you had to stop doing some activities such as hobbies, sports or volunteer work?

趣味、スポーツ、ボランティアなどの活動を止めなければなりませんでしたか?

Yes はい  No いいえ If you said "Yes", please explain and state any dates you can remember.  
「はい」の場合、説明し、思い出せる日付を記載してください。

27. Please describe any problems and/or limitations you have with the following: / 次の事項に伴う問題(制約)がある場合には記載してください:

Sitting / 座ること	Hearing / 聞くこと
Standing / 立つこと	Speaking / 話すこと
Walking / 歩くこと	Remembering / 思い出すこと
Lifting / 持ち上げること	Concentrating / 集中すること
Carrying / 運ぶこと	Sleeping / 眠ること
Bending / 屈伸すること	Breathing / 呼吸すること
Personal Needs (eating, washing hair, dressing, etc.) 日常生活の基本動作(飲食、洗髪、着衣など)	Driving a Car / 車を運転すること
Seeing / 見ること	Using Public Transportation / 公共交通機関を利用すること

28. Please state the name, address and telephone number of the medical doctor who will be completing your medical report.

診断書を記入する医師の氏名、住所、電話番号を記載してください。

Doctor's Full Name / 医師の氏名			Telephone Number (including area, city or regional code) 電話番号(市外局番号を含む)	
Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村		[      ]
Postal Code / 郵便番号	Province / 州	Country / 国		
When did you first see this doctor? 初診日		When was your last visit? 最後の受診日		
Year / 年 Month / 月		Year / 年 Month / 月 Day / 日		
[      ] [      ]		[      ] [      ] [      ] [      ]		

What were the reasons for your visits? / 受診の理由

---



---

29. Please state the names, addresses and telephone numbers of any other medical doctors or medical specialists you have seen in the past two years (space for two doctors provided).

過去2年間に診察を受けた他の医師又は他の医療専門家の氏名、住所、電話番号を記載してください(医師二人分の記入欄があります)。

1. Doctor's Full Name / 医師の氏名		Telephone Number (including area, city or regional code)	
Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号		Country / 国	
Province / 州		Country / 国	
When did you first see this doctor? 初診日		When was your last visit? 最後の受診日	
Year / 年 Month / 月		Year / 年 Month / 月 Day / 日	
What were the reasons for your visits? / 受診の理由			

2. Doctor's Full Name / 医師の氏名		Telephone Number (including area, city or regional code)	
Address (No., St., Apt. No.) / 住所(番地及び通り、部屋番号)		City, Town or Village / 市町村	
Postal Code / 郵便番号		Country / 国	
Province / 州		Country / 国	
When did you first see this doctor? 初診日		When was your last visit? 最後の受診日	
Year / 年 Month / 月		Year / 年 Month / 月 Day / 日	
What were the reasons for your visits? / 受診の理由			

30. In the past two years, were you admitted to hospital?  Yes はい  No いいえ If "Yes", state name and address of hospital(s) (space for two hospitals provided).  
過去2年間に入院しましたか? 「はい」の場合、病院名及び住所を記載してください(病院二件分の記入欄があります)

1. Name of Hospital 病院名	
Hospital Address 病院の所在地	
When were you admitted? 入院日	When were you discharged? 退院日
Year / 年 Month / 月 Day / 日	Year / 年 Month / 月 Day / 日
Please explain why you are admitted. 入院理由	Who was the attending doctor? 担当医

2. Name of Hospital 病院名	
Hospital Address 病院の所在地	
When were you admitted? 入院日	When were you discharged? 退院日
Year / 年 Month / 月 Day / 日	Year / 年 Month / 月 Day / 日
Please explain why you are admitted. 入院理由	Who was the attending doctor? 担当医

If there is not sufficient space to list all hospitalizations, please use a separate sheet of paper.  
入院歴の記入スペースが足りない場合、別紙を使用してください。

31. Please list any medications you now take. How often? What is the dosage?  
現在投与されている薬剤を挙げてください。投与の頻度、投与量はどのくらいですか?

32. Please list any other present and/or future medical treatments, examinations or investigations.  
現在受けている及び/又は将来受ける治療、検査又は調査を挙げてください。

33. Please list any medical appliances you use, such as: crutches, cane, limb supports, splints, braces, wheelchair, hearing aid, heart pacemaker, ostomy apparatus, prosthesis.  
あなたが使用している医療器具を挙げてください。例: 松葉杖、杖、腕や脚のサポーター、副木、ギブス、車椅子、補聴器、ペースメーカー、造瘻器具、義手・義足類

### IMPORTANT / 重要

I agree to notify Human Resources Development Canada of any improvements in my medical condition and of any work I may undertake.  
私は、今後の健康状態の改善及び就労についてカナダ人材開発省に通知することに同意します。

Signature of Contributor/Applicant  
被保険者/申請者の署名

Year / 年 Month / 月 Day / 日