Ｆシート　　福祉制度の利用状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

※利用状況や手続きの時期など必要事項を書いておきましょう

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手  帳 | 療育手帳 | | 種類　（　Ａ　・　Ｂ　）　　　番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  交付年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | |
| （有・無） | |
| 身体障害者手帳 | | 種類　（　　　種　　　級　）　番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  交付年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日  障害名（病名） | | | | | | | | |
| （有・無） | |
| 精神障害者手帳 | | 種類　（　　　　級　）　　　　番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  交付年月日　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | | | | | |
| （有・無） | |
| 医療の給付・助成 | * 自立支援医療（更正医療、育成医療、精神通院医療） | | | | 取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| * 小児慢性特定疾患・特定疾患 | | | | 取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| * 重度心身障害者医療助成制度（マル重） | | | | 取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| * その他 | | | | 取得年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 自立支援給付 | * 介護給付（居宅介護、行動援護、短期入所など） | | | | | | 支給決定期間 | | 年　　月　　日～ | | |
| 内容； | | | | | | 年　　月　　日 | | |
| 障害支援区分 | 非該当　１　２　３　４　５　６ | | 有効期間 | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | |
| * 訓練等給付（自立訓練、就労移行、就労継続、グループホームなど） | | | | | | 支給決定期間 | | | | 年　　月　　日～ |
| 内容； | | | | | | 年　　月　　日 |
| * 補装具 | | | | | | 交付日 | | | | 年　　月　　日 |
| 内容； | | | | | | | | | | |
| 地域生活支援事業 | * 移動支援 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 訪問入浴 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 日中一時支援 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 日常生活用具の給付 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * その他 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| その他の福祉制度の利用 | * 特別児童扶養手当 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 障害児福祉手当 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 障害基礎年金　　　□　障害厚生年金　　　　　（　　　級） | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 交通費助成（タクシー券等） | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 有料道路割引証 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 駐車禁止除外指定標章 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 特別障害給付金 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| * 福祉灯油 | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| □ | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |
| □ | | | | | | | 交付日 | | 年　　月　　日 | |