記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

**おかねの手続きチェックリスト**

　このページは、更新時期のチェックなどにご活用ください。ファイルを自分以外の人に提示する際には、必要に応じて、ファイルからいったん抜いても構いません。

　また、大切な個人情報が載っているページのため、御本人や保護者の承諾なくコピーを取ることは厳禁です。関係機関の皆様におかれましては、慎重な取り扱いをお願いします。

**１．手帳**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称（該当のものを✔） | 更新の有無 | 次の判定年月 | 申請窓口 |
| □療育手帳 |  |  |  |
| □身体障害者手帳 |  |  |  |
| □精神障害者手帳 |  |  |  |

**２．手当や年金**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称（該当のものを✔） |  | 更新時期 | 申請窓口 |
| 手 | □児童手当 |  | 毎年　　　６月 |  |
| 当 | □特別児童扶養手当 |  | 毎年　　　　月 |  |
|  | □障害児福祉手当 |  | 毎年　　　　月 |  |
|  | □ |  |  |  |
|  | □ |  |  |  |
|  | 名称（該当のものを✔） | 更新の有無 | 次回診断書提出年月 | 申請窓口 |
| 年 | □障害基礎年金 |  |  |  |
| 金 | □障害厚生年金 |  |  |  |

**３．医療費助成**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称（該当のものを✔） | 更新時期 | 申請窓口 |
| □子どもの医療費助成（受給券） | 毎年　　　月 |  |
| □小児慢性特定疾病医療費助成 | 毎年　　　月 |  |
| □指定難病医療費助成 | 毎年　　　月 |  |
| □重度心身障害者・児医療費助成 | 毎年　　　月 |  |
| □自立支援医療（育成・更生・精神通院） | 毎年　　　月 |  |
| □ |  |  |
| □ |  |  |

**４．福祉サービス等の利用**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名称（該当のものを✔） | 更新時期 | 申請窓口 |
| □障害福祉サービス受給者証 | 毎年　　　月 |  |
| □地域生活支援事業受給者証 | 毎年　　　月 |  |

**５．その他（青年後見人など**）

|  |
| --- |
|  |

※手帳、手当や年金の証書、医療費助成や福祉サービス等の受給者証やその申請書類のコピー、また、補装具や日常生活用具の購入費用助成の申請書類のコピーを一緒に綴っておくと、次の手続きのときに便利です。