

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
<input type="checkbox"/> 療育手帳			
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳			
<input type="checkbox"/> 精神障害者手帳			

2. 手当や年金

	名称(該当のものを✓)	更新の有無	更新時期	申請窓口
手 当	<input type="checkbox"/> 児童手当		毎年 6月	
	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当		毎年 月	
	<input type="checkbox"/> 障害児福祉手当		毎年 月	
	<input type="checkbox"/>			
	<input type="checkbox"/>			
	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 金	<input type="checkbox"/> 障害基礎年金			
	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> 子どもの医療費助成(受給券)	毎年 月	
<input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病医療費助成	毎年 月	
<input type="checkbox"/> 指定難病医療費助成	毎年 月	
<input type="checkbox"/> 重度心身障害者・児医療費助成	毎年 月	
<input type="checkbox"/> 自立支援医療(育成・更生・精神通院)	毎年 月	
<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>		

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
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証	毎年 月	
<input type="checkbox"/> 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と一緒に綴っておくと、次の手続きのときに便利です。