

利用できる制度・サービス	様 男・女 歳	備考	進捗状況
<input type="checkbox"/> 健康保険証 本人・家族 (国保・協会・組合・共済・退職・任意継続・後期・生保・その他) <input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証 (人工透析・血友病等) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭等医療費助成制度(市町村へ)		期限: . .	
<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証 <input type="checkbox"/> 減額認定証 <input type="checkbox"/> 高額貸付 ア・イ・ウ・エ・オ 区分 I・II		期限: . . 各保険者へ申請	
<input type="checkbox"/> 傷病手当金 支給開始から1年6ヶ月間 (特例有り)		開始日: . .	
<input type="checkbox"/> 難病医療費助成 <input type="checkbox"/> 高額かつ長期・現行の重症患者 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等装着者 1. 医療費の減免(自己負担限度額を確認) 2. 訪問看護の公費負担(疾患名:) 3. その他		保健所へ申請 転院時は医療機関追加	申請日: . .
<input type="checkbox"/> 自立支援医療(精神通院)		保健所へ申請	申請日:
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 1. 重度心身障害者医療費助成制度(1,2級) 2. 日常生活用具(ベッド、車椅子・吸引器・パウチ、めがね、など) 3. 手当金(特別障害者手当、市民福祉手当、介護手当、オムツ代助成、) 4. その他様々なサービス有り <input type="checkbox"/> 更生医療		役所障害福祉担当へ 申請 等級: 障害名:	申請日: . . 予定日: . .
<input type="checkbox"/> 介護保険 小規模多機能施設 1. 訪問系サービス(ヘルパー、訪問看護師) 2. 通所系サービス(デイサービス・デイケア) 3. 福祉用具(ヘルメット、車椅子、シャワーチェア、等) 4. 住宅改修(手すり、段差解消等) 5. 施設入所(介護療養型病棟・老人福祉施設・老人保健施設・グループホーム等)		要介護度: ケアマネジャー: 利用サービス:	申請日: . .
<input type="checkbox"/> 障害基礎年金・障害厚生年金・障害共済年金 支給要件: 初診日に加入していること、初診日の前々月までに加入期間の2/3以上納付(特例有)、 等級に該当する障害有、等 障害基礎年金:1,2級 障害厚生年金・障害共済年金:1,2,3級 ※手帳の等級とは別の等級表 ※申請先:市役所年金係 日本年金機構 職場の事務担当 <input type="checkbox"/> 年金保険料免除		初診日: . . 医療機関: 障害認定日: . . 医療機関:	申請日: . .
<input type="checkbox"/> 社会福祉協議会:車椅子貸し出し <input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> パーキングパーミット制度 <input type="checkbox"/> 生活福祉資金 <input type="checkbox"/> オムツ代控除:申請用紙有 <input type="checkbox"/> オムツ代支給 <input type="checkbox"/> 生命保険(任意保険) <input type="checkbox"/> 介護休業給付金 <input type="checkbox"/> 配食サービス(市町村) <input type="checkbox"/> 民間配食サービス		成人版 H27.1月改訂	