

医療・助成・地域生活支援事業の利用について

＊現在利用のある制度についてご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 医　療 | * 未熟児養育医療

　　　　　 　　　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日□ 育成医療の給付年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 小児慢性特定疾病

年　　月　　日　～　　年　　月　　日□ 更生医療の給付年　　月　　日　～　　年　　月　　日　□ 精神通院医療の給付　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日□ 特定疾病療養受領証 年　　月　　日　～　　年　　月　　日□　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |
| 補装具 | □　肢体不自由　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　　□義肢（□義手　□義足）　□装具（□上肢　□体幹　□下肢　□靴型）□座位保持装置　□車椅子　□電動車椅子　□歩行器　□歩行補助杖（一本杖を除く）□　聴覚障がい　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日□補聴器（□ポケット型　□耳かけ型　□耳あな型　□骨導式ポケット型　□眼鏡型　□　　　　　　　）□　視覚障がい　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　□義眼　□盲人安全つえ□眼鏡（□矯正眼鏡　□遮光眼鏡　□コンタクトレンズ　□弱視眼鏡　□　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　□　肢体不自由及び音声・言語機能障がい　　□重度障がい者用意思伝達装置 |
| 助　成 | □ 重度心身障がい者医療費助成年　　月　　日　～　　年　　月　　日　□ 障がい者就労サポート事業　　　　　 　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　□ 障がい者タクシー利用券の交付　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 治療材料給付券の交付

 年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 衛生器材給付券の交付

　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 人工透析患者通院交通費助成

 年　　月　　日　～　　年　　月　　日　* 在宅酸素療法者酸素濃縮器使用助成

　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 福島県心身障がい者扶養共済制度

　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 後期高齢者医療制度

　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日* 障がい者手帳用診断書料半額助成

　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日　～　　年　　月　　日□　年　　月　　日　～　　年　　月　　日□年　　月　　日　～　　年　　月　　日 |



|  |  |
| --- | --- |
| 地域生活支援事業 | * **日中一時支援事業**

：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　**□移動支援事業**：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　**□相談支援事業**：事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）：担当者名（　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　**□ 意思疎通支援事業**□　手話通訳派遣　　　　　　□　無　　　□　有□　要約筆記奉仕員派遣　　　□　無　　　□　有**□　日常生活用具給付等**□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　）　　□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　）　□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　）□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　）□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　）□　　　　年　　月　　日（種類：　　　　　　　　　　　　　　　） |

