

⑤福祉シート その1

診断	診断名 _____
	医療機関① _____ 医師名(主治医) _____
	② _____ 医師名(主治医) _____
	日にち 年 月 日

手帳関係	身体障害者手帳
	種 級(障害名: _____)
	年 月 日交付
	種 級(障害名: _____)
	年 月 日交付
	愛の手帳(療育手帳)
度 年 月 日交付	
度 年 月 日交付	
精神障害者保健福祉手帳	
級(病名: _____) 年 月 日交付	
級(病名: _____) 年 月 日交付	

手当	受給されているものに○をつけてください	
	心身障害者福祉手当	東京都重度心身障害者手当
	障害児福祉手当	特別児童扶養手当
	難病者福祉手当	特別障害者手当

備考	
-----------	--

氏名 _____

ニックネーム _____

⑤福祉シート そのII

	補装具・ 日常生活用具名	交付・修理 年月日	業者	連絡先
	補装具・ 日常生活用具			

備考