

(6) 障がい福祉・指定難病

項目	対象者	主な手続き	必要なもの等	担当窓口
障がい福祉	身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳をお持ちの方	手帳の返還	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	<div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">市役所</div> 障がい福祉課 (別館1階) TEL:20-5435 FAX:20-5407
	重症心身障害児(者)福祉手当を受給している方	資格喪失の届出 未支給分振込のための相続人指定	<input type="checkbox"/> 相続人名義の通帳	
	特別障害者福祉手当、障害児福祉手当、経過措置福祉手当を受給している方	資格喪失の届出 未支払分の請求	<input type="checkbox"/> 相続人名義の通帳	
	特別児童扶養手当受給者	死亡の届出 未支払分の請求 受給者の変更	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 対象児童名義の通帳 <input type="checkbox"/> 新規受給者名義の通帳	
	特別児童扶養手当支給対象児童	資格喪失届 または 額改定の届出	<input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当証書	
	重度障がい者(児)医療費等助成を受けている方	受給者証の返還 助成金振込のための相続人指定	<input type="checkbox"/> 重度障がい者医療費受給者証 <input type="checkbox"/> 相続人名義の通帳	
	その他の障害福祉サービス等を受けていた方	福祉サービス受給者証の返還	<input type="checkbox"/> 福祉サービス受給者証(オレンジ色の手帳)	
福井市タクシー利用助成券をお持ちの方	助成券の返還	<input type="checkbox"/> 福井市タクシー利用助成券		
指定難病	特定医療費(指定難病)を受給している方	受給者証返還の届出	<input type="checkbox"/> 特定医療費(指定難病)受給者証 速やかにお手続きください。	<div style="text-align: center; background-color: #4CAF50; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">福井市保健所</div> 保健支援室 (西木田2-8-8) TEL:33-5185 FAX:33-5473