

継 続	新 規	そ の 他
-----	-----	-------

福祉理美容出張サービス補助券交付申請書

【令和元年度】

(あて先) 社会福祉法人宇都宮市社会福祉協議会

次のとおり申請します。

		申請年月日		令和	年	月	日					
利 用 者	氏名	ふりがな 印	生年 月日	大正・昭和 年 月 日 才								
	住所	〒 宇都宮市 電話 ー										
	現在の要介護認定区分等	要介護5・4・3 その他 ()										
	障害老人の日常生活自立 度判定基準 ※1	ランク C2・C1・B2・B1・その他										
介護者氏名	ふりがな 印	続柄 関係等					同居 別居					
出張サービス補助券希望枚数			枚									
申請月と限度枚数												
申請月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
限度枚数	6枚		5枚		4枚		3枚		2枚		1枚	

記入上の注意

住所は、団地・アパートの場合、何号室まで明記してください。
 補助券が必要なくなったときは、必ずご連絡ください。再発行はいたしませんので、大切に保管ください。
 障害老人の日常生活自立判定基準※1に関しては、「障害老人の自立度（寝たきり度）判定基準」を参考にしてください。

提 出 代 行 者	氏 名	(利用者との関係)
	住 所	電話 ー

提出代行者が介護支援専門員の場合、事業所名も記入してください。

受付No.						受理年月日	令和	年	月	日	承 認 不 承 認
決 裁	事務局長	参事	事務局次長	総務企画課長	福祉サービス課長	係	取扱者				
	チケットNo.	①	②	③	④	⑤	⑥				

障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

ランク	判 断 基 準	サービス該 当・非該当 区 分	
寝たきり	ランク C	1日中ベット上で過ごし、排泄・食事・着替において介助を有する	
	C 2	自力では寝返りもうてない	該 当
	C 1	自力では寝返りをうつ	該 当
	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベット上での生活が主体であるが、座位を保つ	
	B 2	介助により車いすに移乗する	該 当
	B 1	車いすに移乗し、食事・排泄はベットから離れて行う	該 当
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない	
	A 2	外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている	非該当
	A 1	介助により外出し、日中はほとんどベットから離れて生活する	非該当
生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する	
	J 1	隣近所へなら外出する	非該当
	J 2	交通機関等を利用して外出する	非該当

平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老保健健康福祉部長通知を参考