

# 記入例

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 うつのみや たろう <b>宇都宮 太郎</b> (印)	生年	大正・ <b>昭和</b>										
	住所	〒 ●●●-●●●● 宇都宮市 ●●●町 ●●●番地 ●●号 電話 ●●●-●●●●												
	現在の要介護認定区分等	要介護5・ <b>4</b> ・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・ <b>C1</b> ・B2・B1・その他												
介護者氏名	ふりがな うつのみや はなこ <b>宇都宮 花子</b> (印)	続柄	妻								同居	別居		
出張サービス補助券希望枚数		下記申請月と限度枚数を参照 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	5枚	4枚	4枚	3枚	3枚	2枚	2枚	1枚	1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		(利用者との関係)										
		電話										

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			