

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2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 宇都宮 太郎 (印)	生年	大正・ 昭和									
	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・ 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 うつのみや はなこ 宇都宮 花子 (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		電話										

介護者以外（ケアマネージャー・介護者以外の家族等が提出代行する場合）は、記入してください

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	
	フリットNo.	①	②	③	④	⑤	⑥			