

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

【平成30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	平成 ●●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	明治・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		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)										
		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	平成	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			