様式　1

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５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	生年月日	大正　・　昭和 年　　月　　日　　才
	住所	〒 宇都宮市 電話　　－		
	現在の要介護認定区分等	要介護５・４・３　その他（　　） （介護保険証の写しを添付してください。）		
	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	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。<u>再発行はいたしません</u>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　　－

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	福祉ｻｰﾋﾞｽ課長	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	
		Ｃ２	自力では寝返りもうてない	該　当
		Ｃ１	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	
		Ｂ２	介助により車いすに移乗する	該　当
		Ｂ１	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	
		Ａ２	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
		Ａ１	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	
		Ｊ１	隣近所へなら外出する	非該当
		Ｊ２	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