

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7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	大正・昭和							
	住所	〒 宇都宮市		月日	年	月	日 才					
	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			同居						
			関係等			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	4枚	3枚	3枚	2枚	2枚	1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 -					

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

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7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				生年	大正・ 昭和				月日	●●年 ●●月 ●●日 ●●才		
	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() (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 うつのみや はなこ 宇都宮 花子				続柄	妻				関係等	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	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			