

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8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					別居	同居					
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	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。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		提出代行者(ケアマネージャー・介護者以外の家族等)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			