

介護タクシー利申込書

①【ご利用者様について】

ふりがな			性別 男・女
お名前			
ご住所			
連絡先		FAX番号	
備考			

②【ご依頼内容】

	行き			帰り		
ご利用日	月	日	曜日	月	日	曜日
ご乗車時間	時	分		時	分	
乗車住所						
乗車地 TEL						



目的地		
目的地住所		
目的地 TEL		
同乗者	<input type="checkbox"/> ご利用者のみ <input type="checkbox"/> ()人	<input type="checkbox"/> ご利用者のみ <input type="checkbox"/> ()人
車椅子要望	<input type="checkbox"/> 標準車椅子(無料) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子(有料) <input type="checkbox"/> ストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> 自己所有・病院車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 標準車椅子(無料) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子(有料) <input type="checkbox"/> ストレッチャー(有料) <input type="checkbox"/> 自己所有・病院車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 不要
その他	<input type="checkbox"/> 点滴棒(無料) <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 点滴棒(無料) <input type="checkbox"/> その他()
その他の確認	<input checked="" type="radio"/> チケット利用 有()・無	<input checked="" type="radio"/> (障)割引 有・無
その他のご要望		

③【お申込み者連絡先】 ※ 別居のご家族・病院・施設等の代理申込みの場合にご記入下さい

お申込み者		事業者名	
ご利用者との関係 /	<input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 他()		
連絡先		FAX番号	
ご住所			

★ FAX受信後、確認のご連絡をさせていただきます。夜間受信または休日の場合は翌日以降のご確認となります。

確認年月日	確認者 [㊞]
20 / /	