

F A X 依頼表 介護福祉タクシーなついろ

0956-76-9885

利用日時	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分発		
ふりがな			<input type="checkbox"/> 親族
依頼者氏名			<input type="checkbox"/> ケアマネージャー
			<input type="checkbox"/> その他()
電話番号	TEL	—	—
(依頼者連絡先)	FAX	—	—
ふりがな			
ご利用者氏名			
お迎え先住所	自宅 ・ 施設 ()		
	市	町	番地 号 (時 分発)
行先住所	自宅 ・ 施設 ()		
	市	町	番地 号 (時 分着)
お帰りのお迎え	有 (時 分) ・ 無		
同乗者	有 (名) ・ 無		
介護保険の適応	有 ・ 無		
階段介助	有 (階) ・ 無		
室内介助	有 ・ 無		
車いすのご利用	車いす (無料)		要 ・ 不要
	リクライニング車いす (無料)		要 ・ 不要
ストレッチャーの利用	有 (有料1,000円) ・ 無		
障がい者手帳等	有 ・ 無	福祉タクシーチケットのご利用	有 ・ 無 ・ 不明
請求先	ご利用者 ・ 依頼者 ・ 施設		
備考			

※事前に車の空き状況をご確認ください。(TEL0956-76-9882) ※コピーをしてご利用ください。

※住所がご自宅の場合は番地まで正確にご記入ください。