

たから介護タクシー依頼書（お問い合わせ・調整依頼等）

お客様情報	お名前（ふりがな）	ご依頼日 年 月 日		
	様（男・女）	要介護認定 要支援・1・2・3・4・5		
	生年月日 M・T・S 年 月 日	付き添い等 (有・無)		
	住所	身体介護 (有・無)		
	TEL	乗降介助 (有・無)		
ご依頼元	依頼元	院内付き添い (有・無)		
	住所	車椅子貸出 (有・無)		
	TEL	リクライニング車椅子貸出 (有・無)		
お客様同意書	現地でのキャンセルは、キャンセル料が発生します。 ご同意頂けましたら下記に署名お願い致します。	付き添い介助 (要・不)		
		車椅子のまま利用・車椅子より移乗可能・未使用		
	署名	主治医	病院名	診療科目
		住所		
		電話番号		
ご利用希望日時 月 日 (曜日) 時 分 (出発希望時刻)				
行き先 ( ) から ( ) まで				
ご利用希望 ・行きのみ ・帰りのみ ・往復 ・毎週 ・毎月				
定期的 ( ・月 ・火 ・水 ・木 ・金 ・土 ・日 ) 曜日				
ご利用希望日時 月 日 (曜日) 時 分 (出発希望時刻)				
行き先 ( ) から ( ) まで				
ご利用希望 ・行きのみ ・帰りのみ ・往復 ・毎週 ・毎月				
定期的 ( ・月 ・火 ・水 ・木 ・金 ・土 ・日 ) 曜日				
お客様の状況		緊急時連絡先 続柄		
階・階段・エレベーター (有・無)	車椅子の保有 (有・無)	氏名		
車酔い (有・無)	身体障害者手帳 (有・無)	住所		
		電話番号		
連絡先 ご本人へ・ご家族へ		様：TEL / FAX		
備考欄：(特に注意する事がございましたらご記入願います)				
返信欄				
受付日	ご返答		受付者	
/	A・			
/	B・			