

介護タクシーえん予約表

FAX
0566-78-0700

【受付日】 年 月 日 ()

ご利用日時	年 月 日 ()		午前・午後	時	分
ふりがな ご利用者様		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	年齢	歳
場 所	お迎え場所住所 (施設・病院名等)				
	目的地住所 (施設・病院名等)				
付添い・同乗者様	<input type="checkbox"/> あり (名) <input type="checkbox"/> なし	電話番号	— —		
帰りの送迎	<input type="checkbox"/> 必要 (月 日 午前・午後 時 分頃) <input type="checkbox"/> 不要				
ご自宅状況	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート1階 <input type="checkbox"/> アパート2階 <input type="checkbox"/> アパート3階以上 <input type="checkbox"/> 施設				
エレベーターの有無	<input type="checkbox"/> エレベーター無し <input type="checkbox"/> エレベーター有り				
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
自宅内介助	車椅子⇄ベッド	無料	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	トイレ介助、更衣等	¥1,000/30分	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
院内付添介助	院内、買い物等	¥800/30分	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
レンタル品のご希望	車椅子	無料	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	リクライニング車椅子	¥500	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	ストレッチャー	¥2,000	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
	スロープ	¥500	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要		
2名対応 (ドライバー+1名)	<input type="checkbox"/> 必要 (30分毎に¥1,000) <input type="checkbox"/> 不要				
福祉タクシーチケット等のご利用	<input type="checkbox"/> あり (高齢・障害リフト付) <input type="checkbox"/> なし				
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
居宅事業者名					
お申込者名 (ケアマネージャー名)			電話番号		
備 考 (ご要望・注意事項等)			確 認		

※ストレッチャー利用時は、2名対応となりますのでご了承ください。



ご予約・お問い合わせ

TEL 0566-78-0178