

# 介護タクシー依頼書(FAX送信表)

事業所名		ご担当者	
TEL	- -	FAX	



☎ 0120-294-223  
FAX. 055-926-8040

フリガナ 利用者名	様		電話番号	- -	
住 所					
利用希望 車 輦	<input type="checkbox"/> 小型車	<input type="checkbox"/> 中型車	<input type="checkbox"/> 車椅子貸出希望	<input type="checkbox"/> 所有の車椅子を利用	
	<input type="checkbox"/> 大型車	<input type="checkbox"/> 特定大型車	( <input type="checkbox"/> 普通車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 特種車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー )		
付添者	<input type="checkbox"/> 同乗者有り ( 名 )		<input type="checkbox"/> 同乗者無し		
介護度等	<input type="checkbox"/> 介護保険対応	<input type="checkbox"/> 実費対応	<input type="checkbox"/> 生 保	介 護 内 容	<input type="checkbox"/> 乗降介助
	要介護	1 2 3 4 5			<input type="checkbox"/> 身体介護
利用者 身体状況	----- ----- -----				

月分	区分	時 間		帰 り TEL	通院先病院等	備 考
日 ( )	行き	時 分	出発・行先到着	あり		
	帰り	時 分	出発・行先到着	なし		
日 ( )	行き	時 分	出発・行先到着	あり		
	帰り	時 分	出発・行先到着	なし		
日 ( )	行き	時 分	出発・行先到着	あり		
	帰り	時 分	出発・行先到着	なし		
日 ( )	行き	時 分	出発・行先到着	あり		
	帰り	時 分	出発・行先到着	なし		
日 ( )	行き	時 分	出発・行先到着	あり		
	帰り	時 分	出発・行先到着	なし		

通信欄

FAX専用 055-926-8040