



介護タクシー利用申込書

【ご利用者様について】

ふりがな			性 別	男 ・ 女
お名前			年 齢	歳
ご住所				
TEL		FAX		
備 考	身体状況等ご記入ください。例) 透析中、糖尿病、片麻痺等			

【ご依頼内容】

	行き	帰り
ご利用日	年 月 日	年 月 日
出発時間	時 分	時 分
乗車場所	例) 自宅	例) ○○病院
降車場所	例) ○○病院	例) 自宅
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(貸出無料) <input type="checkbox"/> 自己所有・病院施設車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 標準車椅子(貸出無料) <input type="checkbox"/> 自己所有・病院施設車椅子を利用 <input type="checkbox"/> 不要
荷 物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
ご要望		

【お申込者連絡先】※別居のご家族・病院・施設等代理申込みの場合にご記入ください。

お申込者		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"/> その他 ()		
TEL		FAX	
ご住所			

【ご利用料金】※事業所を出発した時間よりカウントが始まります。

5分未満	500円	20分未満	2,000円	35分未満	3,500円
10分未満	1,000円	25分未満	2,500円	40分未満	4,000円
15分未満	1,500円	30分未満	3,000円	45分未満	4,500円

※送迎終了後、現金にてお支払いください。

★★ FAX受信後、確認のご連絡をさせていただきます。夜間受信の場合は翌日以降のご連絡となります。★★