

申込FAX番号 03-3856-5420

申込
確定印

印

※予約確定しましたら右上にサインをした上で控えを返送致します



梅元ケアセンター タクシー予約申込書

◆申込者

※ご家族、居宅介護支援事業所、病院、施設など代理でお申込される時にご記入ください

申込者名 (担当者名)	様	事業者名	
電話番号		FAX番号	

◆利用者

※実際にご利用される方についてご記入ください

介護保険利用

現金 カード払い

タクシー券 現物給付

ふりがな		性別	年齢
ご利用者名	様	男・女	歳
住所			
乗車場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外()		
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 固定電話() <input type="checkbox"/> 携帯電話()		

◆依頼内容

利用日時	令和 年 月 日 ()	乗車時間	AM PM	時 分 ごろ
目的地	名称			
	住所			
乗降時の見守り や介助の希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	迎え前・到着時の連絡	要 (到着前 / 到着後) ・ 不要	
復路希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	目的	通院・入院・退院・転院・その他	
付き添い	<input type="checkbox"/> あり(名 / ご関係 :) <input type="checkbox"/> なし			
介護度	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	障がい者手帳等の割引	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
車いす	<input type="checkbox"/> 貸出 <input type="checkbox"/> 不要	車いすごと乗車希望(※別料金)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
備考欄 (その他、注意事項やご希望などをご記入ください)				