

介護タクシーご利用申込書

申込日 R 年 月 日

※当日のご予約ではご使用いただけません。ご利用予定日**前日10:00**までにお願いたします。

⇒以降の申込はお電話でのお問合せをお願いいたします。

ご予約状況により、誠に申し訳ありませんがお受け出来ないことが御座います。

ご依頼内容

いずれかにチェック 願います ご予約 ご予約後確認として お見積り/キャンセル

【お申込者様情報】

ご利用者ご本人様のご記入は不要です下記にご記入お願いいたします

ふりがな		ご利用者様との関係 /事業者様	
申込者様名			
電話番号	— —	FAX	— —
ご住所			

※ **ご予約確認のお電話を(080-5173-7004から)致します連絡可能な電話番号をご記入下さい**

【ご利用者様】

ふりがな		性別 男・女	車椅子乗車	いずれかに○をしてください。 有・無
ご利用者様名				
ご住所				
電話番号	— —	緊急連絡先	- -	続柄)
身体状態	いずれかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> 願います <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽介助 (介助を要する) <input type="checkbox"/> 全介助 ※お求めになる介助内容は(階段介助など)下記フリーコメントにご記入お願い致します			

※ **ご予約確認のお電話を(080-5173-7004から)致します連絡可能な電話番号をご記入下さい**

【ご利用内容詳細】 ①片道・往復(希望) / 複数・不明 ②代行 / 同行サービスご利用 有・無 いずれかに○をしてください

ご利用日	年 月 日	曜日	○ 未確定
ご乗車(予約)時間	行き	帰り	○ 未確定
	時 分	時 分	
ご出発地住所			
ご到着地住所			
付き添い者様	1人/続柄()・2人・無	車椅子レンタル	有・無 (施設での車椅子乗換 有・無)

【フリーコメント欄】 その他ご要望、お問合せ内容ご記入いただけます