

コピーをしてご利用下さい。

FAX番号 0120-094-494

受付時間 / 9:00 ~ 17:00

全国介護タクシー協会

## 介護タクシー依頼表

(太枠内をご記入下さい。)

|        |    |      |    |     |   |   |
|--------|----|------|----|-----|---|---|
| 利用日時   | 月  | 日( ) | 午前 | ・午後 | 時 | 分 |
| ふりがな   |    |      |    |     |   |   |
| ご利用者氏名 |    |      |    |     |   |   |
| 連絡先    | 携帯 | —    |    | —   |   |   |
|        | 電話 | —    |    | —   |   |   |

※こちら以降は、ご記入不要です。(協会側記入欄)

|              |         |   |   |        |    |  |
|--------------|---------|---|---|--------|----|--|
| お迎え先住所       |         |   |   |        |    |  |
| 行き先住所        |         |   |   |        |    |  |
| 帰りのお迎え       | 要       |   | ・ | 不要     |    |  |
| 備考           |         |   |   |        |    |  |
| 同乗者          | なし      |   | ・ | あり( )名 |    |  |
| 貸出希望         | 車椅子     | 要 |   | ・      | 不要 |  |
|              | ストレッチャー | 要 |   | ・      | 不要 |  |
| タクシーチケットのご利用 | 有       |   | ・ | 無      |    |  |
| 障害者手帳        | 有       |   | ・ | 無      |    |  |

|      |       |       |     |     |   |   |
|------|-------|-------|-----|-----|---|---|
| 配車状況 | 無線No. | 会員No. | 業者名 |     |   |   |
| 依頼日  | 月     | 日( )  | 午前  | ・午後 | 時 | 分 |
| 配車結果 |       |       |     |     |   |   |
| 備考   |       |       |     |     |   |   |