

# 介護タクシー依頼書 (FAX送信票)

事業所名		ご担当者様		様
T E L		F A X		



エース介護タクシー  
 TEL 054-364-1121  
 FAX 054-364-9559

フリガナ 利用者名		様	電話番号	
出発地 住所等				
利用希望 車両	<input type="checkbox"/> 普通車 <input type="checkbox"/> 車椅子 ( <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ) <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 ( <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない )		<input type="checkbox"/> ストレッチャー	
介護度等	<input type="checkbox"/> 介護保険対応 ( <input type="checkbox"/> 乗降介助 <input type="checkbox"/> 身体介護 ) 要介護 1 2 3 4 5		<input type="checkbox"/> 実費対応 負担割合 (      割 ) (介護保険適応外)	
身体状況 注意事項				

月分	区分	時間	行先(病院等)	帰り TEL	備考
日 (    )	行き 帰り	時 分 時 分		あり なし	
日 (    )	行き 帰り	時 分 時 分		あり なし	
日 (    )	行き 帰り	時 分 時 分		あり なし	
日 (    )	行き 帰り	時 分 時 分		あり なし	
日 (    )	行き 帰り	時 分 時 分		あり なし	

エース返信欄
--------