

外出サポート きずな 宛 FAX: 011-717-1665

介護・福祉タクシーご利用申込書

ご利用日	年 月 日 ()曜日	午前・午後	時 分
ご利用者様名	様	男・女	才
ご連絡先	電話番号	携帯番号	
お申込者様名	様	連絡先	
(代理での申込みの場合ご記入下さい)			
お迎え場所	住所		
	建物・施設・病院名		
目的地	住所		
	建物・施設・病院名		

にチェックを入れてください。

帰りの送迎	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 必要	()時 ()分頃
お迎え場所の状況	<input type="checkbox"/> 戸建	<input type="checkbox"/> マンション・アパート1階	<input type="checkbox"/> 2階以上 マンション・アパート
エレベーター	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
階段	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
付添い同乗者様	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (名)	
利用者様の状態	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 寝たきり
自己所有の車椅子	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (普通・リクライニング)	
車椅子の貸出し	<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望する (普通・リクライニング)	
福祉タクシーチケットのご利用	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	

【ご要望】

ご乗車の際の注意事項・ご要望等ありましたらご記入下さい。

注意事項・ご要望	
----------	--

このFAX申込書を印刷してお使い下さい。 FAX : 011-717-1665
FAX受信後、予約状況を確認して、当社からご連絡させていただきます。