

介護タクシー予約申込書（自費・通院乗降）

受付者

みよし家介護サービス行

FAX番号 0266-58-7201
TEL番号 0266-78-7207

ご依頼日 令和 年 月 日 ()

ご依頼者様

ご依頼者様 連絡先

配車希望日	令和 年 月 日 ()
配車希望時間	AM PM 時 分
利用者様氏名	様 男性・女性
当日のご連絡先	
お迎え先住所・名称	
お送り先住所・名称	
帰りの有無	<input type="checkbox"/> あり(往復) <input type="checkbox"/> なし(片道)
歩行状況	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 少(杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 否
付添い・同乗者様	<input type="checkbox"/> あり(名) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 追走
車椅子等のご利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 病院・施設の物のご利用 → <input type="checkbox"/> 標準車いす・ <input type="checkbox"/> チルト車いす・ <input type="checkbox"/> ストレッチ <input type="checkbox"/> レンタル希望(下欄にご記入下さい)
レンタル品のご希望 (片道当たりの料金)	標準車いす <input type="checkbox"/> 片道(400円) <input type="checkbox"/> 往復(600円) チルト・リクライニング車いす <input type="checkbox"/> 片道(700円) <input type="checkbox"/> 往復(1,200円) ストレッチャー <input type="checkbox"/> 片道(2,500円) <input type="checkbox"/> 往復(5,000円) スロープ(150cm以下) <input type="checkbox"/> 片道(600円) <input type="checkbox"/> 往復(1,000円) スロープ(151cm以上) <input type="checkbox"/> 片道(800円) <input type="checkbox"/> 往復(1,400円) 布担架 <input type="checkbox"/> 片道(500円) <input type="checkbox"/> 往復(800円) 褥瘡予防クッション <input type="checkbox"/> 片道(100円) <input type="checkbox"/> 往復(200円)
ドライバーによる介助	<input type="checkbox"/> 必要(500円～) <input type="checkbox"/> 不要
複数名対応の介助	<input type="checkbox"/> 必要(1000円～/1名) <input type="checkbox"/> 不要
その他 連絡事項	

以下弊社記入欄

往路	km	距離	円	復路	km	距離	円
発着時間	: ~ :	レンタル	円	発着時間	: ~ :	レンタル	円
その他	時間外・介助・迎車		円	その他	時間外・介助・迎車		円
待機時間	分(~)		円	待機時間	分(~)		円

現収・未収・振替	円
----------	---