

# 介護タクシー利用申込書

## 1. 利用者情報

氏名：

フリガナ：

生年月日：        年        月        日

年齡： 歲

住所：〒

**電話番号（携帯可）：**

**緊急連絡先（続柄）：**

介護度： 自立・事業対象者・要支援1・要支援2・  
要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

主治医：

かかりつけ病院：

## 2. 利用目的

- ☐ 通院
- ☐ 入退院
- ☐ 施設間移動
- ☐ 買い物
- ☐ その他（ ）

### 3. 乗車日時

利用希望日：      年      月      日（ ）

乘車希望時間：            時            分

帰りの予約： あり・なし（ありの場合： 時 分）

## 4. 乗車場所・降車場所

乗車場所：

降車場所：

立寄りの有無： あり・なし

(内容： )

## 5. 介助内容（必要なものに✓）

☐ 乗降介助

☐ 車いす介助

☐ ストレッチャー介助

☐ 階段介助

☐ 室内介助

☐ 付き添い

☐ 医療用機器 ( )

☐ その他 ( )

## 6. 車いす・備品

利用機材：☐ 自前 ☐ 施設 ☐ 介護タクシー側

使用機材：☐ 車いす ☐ リクライニング車いす ☐ ストレッチャー

その他：( )

## 7. 申込者情報

申込者氏名（利用者と異なる場合）：

続柄：

電話番号：

## 8. 同意事項

私は、介護タクシー利用にあたり、事業者の定める利用約款に同意のうえ、上記内容で申し込みます。

署名：

日付： 年 月 日