

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

年齢： 歳

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 ()

乗車希望時間： 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