

介護タクシー キャロット宛 FAX 03-3892-2410

介護タクシー利用申込書

【申込者様連絡先】*印は必須です

◎ご家族・居宅支援事業所・病院・施設ほか、代理でのお申し込みの場合

* 申込者様名		* 事業者様名	
* 電話番号		FAX番号	
ご住所	〒		

【ご利用者様】*印は必須です

◎ご本人の場合

フリガナ		性別	生年月日		年齢
* 利用者様名		男・女	大正・昭和	年 月 日	歳
* ご住所	〒				
* 電話番号		携帯電話			

【ご依頼の内容】

	行き		帰り	
ご利用予定日	月 日 曜日	月 日 曜日		
ご乗車時刻	時 分	時 分		
ご乗車場所名				
(住所)	〒	〒		
ご降車住所				
降車地TEL				
付き添い人数	()人	()人		
ご乗車方法	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子	<input type="checkbox"/> 自己所有車椅子		
	<input type="checkbox"/> 弊社車椅子	<input type="checkbox"/> 弊社車椅子		
	<input type="checkbox"/> 弊社リクライニング車椅子	<input type="checkbox"/> 弊社リクライニング車椅子		
	<input type="checkbox"/> 不要(ステップ乗車)	<input type="checkbox"/> 不要(ステップ乗車)		
介護度	要介護 1・2・3・4・5		要支援 1・2	

【ご乗車の際の注意事項、ご要望】

下欄にご記入ください