

FAX番号 050-1356-8638

せたがや介護タクシー ご利用申込書

【お申し込み者のご連絡先】

* ご家族・ご親戚・居宅支援事業所・病院・施設・旅行代理店・団体・ホテルなどの代理申し込み場合のみご記入ください。

お申込者名 (ご担当者名)		事業者さま名	
電話番号		FAX番号	

【ご利用者さま】

* 実際にご利用なさる方の情報をご記入下さい。

ふりがな		性別	年齢
ご利用者名		男・女	歳
ご住所			
電話番号		携帯番号	

【ご依頼内容】

	行き	帰り
ご利用日		
ご乗車時間		
ご乗車場所		
目的地名		
目的地住所		
お付き添いの方	なし・あり (名様)	なし・あり (名様)
機器のご希望 □にレマーク (標準車椅子は原則ご乗車時 にのみご利用になれます。)	<input type="checkbox"/> 標準型 車椅子 (無料) <input type="checkbox"/> 上級リクライニング型 車椅子 (1,940円) <input type="checkbox"/> ストレッチャー (3,880円) <input type="checkbox"/> 医療用酸素 (2,800円) (使用量_____L/min) <input type="checkbox"/> 吸引器 (3,880円) <input type="checkbox"/> 正弦波 100V 電源 (540円) <input type="checkbox"/> 自己または施設所有の車椅子使用 <input type="checkbox"/> 不要 (一般席希望)	
介助のご希望 ご乗車に関して、介助のご希 望・その他自由記入欄	<input type="checkbox"/> 介助不要 <input type="checkbox"/> 歩行、軽介助 (540円) <input type="checkbox"/> 一般介助 (1,080円) <input type="checkbox"/> 二人体制介助 (3,880円~) <input type="checkbox"/> 看護師 (3,880円/時) 2時間より	