

福祉タクシーサービス依頼書

お申込は FAX で

0749-59-3733 まで

株式会社 宇津木 ドライブサポートおうみ

サービス受付担当者 宛

TEL:0749-59-3700 FAX:0749-59-3733

★下記のサービスを依頼しますので検討ください。

お申込日 令和 年 月 日

注・個人情報ですので支障のない範囲でご記入ください。

申込事業所				担当ケアマネジャー:	
連絡先	TEL:			FAX:	
利用者氏名	様	男・女	T・S・H	年 月 日生(歳)	
利用者住所	市	町	Tel:		
介護認定	申請中	・ 要支援	・ 要介護	1	・ 2
				3	・ 4
				5	

希望サービス (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 福祉タクシー <input type="checkbox"/> ヘルパー受診同行			
希望日時・内容	日付	お迎え場所	行き先	受診料・予約時間
	月 日()	(:)	(:)	(:) 科
	月 日()	(:)	(:)	(:) 科
通院介助を ご希望の方	移送目的	受診・入院・退院・入所・退所・その他 ()		
	同乗者	有・無	ある場合	氏名 続柄
	(ADL 状況等)	☆ 麻痺 : 有・無 ☆ 拘縮 : 有・無 ☆ 座位 : 可能・不可 ☆ 認知症 : 有・無 ☆ 意思疎通 : 可能・一部可能・不可 ☆ 家族補助 : 有・無 ☆ 移動介助 : 自立・一部介助・全介助		
車イス等の有無	☆ 車イス : 本人用有・当社持参・歩行 ☆ 車イス種類 : 普通・リクライニング ☆ スロープ : 有・無 ☆ 身障者手帳 : 有・無			
特記事項				

この欄は記入しないでください。サービス調整が済み次第、受付印を押して FAX 返送しますのでご確認ください。

受付印		受付者	連絡欄	
-----	--	-----	-----	--