

# 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
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
車イス等の必要の 有無	(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
特記事項	☆ 車イス	: 本人用有・借用依頼・歩行可 (利用不要)		
	☆ 車イス種類	: 普通・リクライニング		
	☆ スロープ	: 本人用有・借用依頼	☆ 身障者手帳	: 有・無

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	
-----	--	-----	-----	--