

## ひまわり介護タクシー F A X 予約表

( F A X ) 011-303-6529

ご利用日時	平成 年 月 日 ( )					午前・午後		時	分
お申込者様名 <small>ふりがな</small>									
ご連絡先	携帯		自宅電話		FAX				
場 所	お迎え場所住所(施設・病院名)								
	目的地住所(施設・病院名)								
ご自宅状況	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート1階 <input type="checkbox"/> アパート2階 <input type="checkbox"/> アパート3階以上 <input type="checkbox"/> 施設								
エレベーター・階段の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> エレベーター有り <input type="checkbox"/> 階段有り (約 段)								
帰りの送迎	<input type="checkbox"/> 必要 ( 月 日 午前・午後 時 分頃) <input type="checkbox"/> 不要								
ご利用者様名 <small>ふりがな</small>		性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性		年齢	歳			
付添い・同乗者様	<input type="checkbox"/> あり ( 名) <input type="checkbox"/> なし								
利用医療資材	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 医療用電源 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他( )								
2名対応 (ドライバー+1名補助)	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要								
福祉タクシーチケット等のご利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
障がい者手帳等の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
備 考 (ご要望・注意事項など)									

※ストレッチャー利用時は、基本的に2名対応となりますのでご了承ください。