介護タクシ－依頼書

新規

（介護保険／実費）

依頼日　令和　　年　　月　　日

ケア・フリ－静岡　行

Ｆａｘ：054-267-6654

🕿　：054-267-6655

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 住所 |  | | |
| Ｔｅｌ |  | Ｆａｘ |  |
| 担当者様 |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ご利用者名 | | | | 性別 | | 住　　　所 | | | | | ℡ |
|  | | | | 男・女 | |  | | | | |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日（　　　才） | | | | | | | | 被保険者番号 | |  |
| 主介護者 |  | | | | | | 関係： | | Ｔｅｌ／携帯 | |  |
| 車イス | □ 使用無し　　□ 本人所有を使用  □ ﾚﾝﾀﾙ希望要（自走・介助・フルリク） | | | | | | | | 要介護度 | 要支援・介護１・２・３・４・５ | |
| ｻ-ﾋﾞｽ内容 | 乗降・身体１・実費 | |
| 同乗者 | 有（　　　人）・無 | | | | 帰り　有・無 | | | ヘルパ－／実費・保険 | | 否・要（自宅から～・病院から～） | |
| 日　付 | | 曜日 | お迎え場所 | | | | | | お迎え時間 | | 行き先 |
| 月　　日 | |  |  | | | | | | 時　　　分 | |  |
| 月　　日 | |  |  | | | | | | 時　　　分 | |  |
| 月　　日 | |  |  | | | | | | 時　　　分 | |  |
| 備考 | | | | | | | | | | | |