



(有) 翌檜会 あすなろ介護サービス (グループ所属) 介護事業所番号: 1370802181

あゆみ介護タクシー

電話 03-6277-4400

FAX 03-6277-4002

http://www.ayumi-kaigo.com

様 介護タクシー依頼書 申込日: 年 月 日

【ご依頼事業所】 ※介護保険ご利用は、必ずご記入お願い致します。

居宅介護支援事業所		ケアマネージャー (担当者)	
事業所番号		電話番号	
		FAX	
住所	〒		

【ご利用者】 ※必ずご記入お願い致します。

ふりがな			生年月日	性別
ご氏名			M T S 年 月 日	男・女
住所	〒		電話	
緊急連絡先		続柄	電話	
被保険者番号			要支援度: 1 2	要介護度: 1 2 3 4 5
認定有効期限	年 月 日 ~		年 月 日	<input type="checkbox"/> 申請中
生保・公費負担	負担者番号:		受給者番号:	
ホーム・ドクター	病院名		電話	
ご利用状況	<input type="checkbox"/> 高齢者歩行困難 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> マヒ() <input type="checkbox"/> ケガ()			
	<input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 視覚・聴覚障害 <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他()			

【ご依頼内容】 ご確認できる範囲でお願い致します。

利用日	月 日 (曜日)		<input type="checkbox"/> 片道	<input type="checkbox"/> 往復 (待機 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
時間	行き 午前・午後	時 分	→ 帰り 午前・午後	時 分
乗車	場所() 住所()		電話番号() 院内(号室) ベット移動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
到着	場所() 住所()		電話番号() 院内(号室) ベット移動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
乗車人数	車椅子 名	ヘルパー 名	ご家族 名	
段差/階段	<input type="checkbox"/> 無 段差 <input type="checkbox"/> 有(段) 階段 <input type="checkbox"/> 有(階)			
	<input type="checkbox"/> 一軒家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> コーポ・ハイツ <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> 団地 <input type="checkbox"/> ストレート階段 <input type="checkbox"/> 折り返し階段 <input type="checkbox"/> らせん階段			
	階段幅(cm) 踏み面(cm) 蹴上げ高さ(cm) 踊り場 奥行き(cm) 幅(cm)			
車椅子	<input type="checkbox"/> 不要		<input type="checkbox"/> 自分の車椅子	<input type="checkbox"/> (当)車椅子
プラン内容	<input type="checkbox"/> 福祉タクシー券		<input type="checkbox"/> 介護保険	<input type="checkbox"/> 実費 <input type="checkbox"/> その他

【身体状況・精神状態など注意事項等】

--

※ FAX受信後、空車状況 ご利用様の状態 段差/階段など確認しながらご連絡させていただきます。
注意 お電話番号はお間違えの無いようお願い致します。