申込日　　　　　年　　　　月　　　　日

FAX送信先　019-613-4657

**介護タクシー依頼書（太枠の中をご記入後、FAX送信してください）**

**FAX送信先　019-613-4657**

※お申込みは、おおむね希望日の１週間前までにFAXでお願いします。

※お急ぎの場合は、電話連絡（019-613-4656）と同時に依頼書をお送りください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 事業所名 | 　 | 電話番号 | 　 |
| 担当者名 | 　 | FAX番号 | 　 |
| 利用希望日※出発時刻をご記入ください。 | 利用希望日 |
| 【行き】　　　　　　　　　 　年　　　　　月　　　　　日（　　　　）　　　午前　・　午後　　　　　　　時　　　　　　　分頃 |
| 【帰り（目安）】　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　　）　　　午前　・　午後　　　　　　　時　　　　　　　分頃

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　 | 帰りの時間の目途がついたら本人が電話します。 |

 |
| ふりがな | 　 | 歳　　　　　　　 | 電話番号 | 　 |
| 利用者名 | 　 |
| 介護保険・障害サービスの利用 | なし（自費の利用を希望します）　・　あり（詳細を電話でお知らせください） |
| 場所（建物名、階数等もご記入ください） | 出発地名称・住所 |  |
| 目的地名称・住所 |  |
| 出発地の状況 | 　戸建て　・　アパート、マンション　・　病院、施設など | 階段（段差）介助　　　　 | あり　・　なし |
| 同乗者 | あり（　　　　　　　　名）　・　なし | 電話番号 | 　 |
| 歩行の状態 | 　独歩　・　歩行器など　・　車いす（　一人で立てる　・　介助があれば立てる　）　・　立てない |
| 出発地での介助 | 車いす⇔ベッド | 必要　・　不要 | 550円/1回 |
| トイレ介助・着替え | 必要　・　不要 | 550円/1回 |
| 到着地での介助 | 車いす⇔ベッド | 必要　・　不要 | 550円/1回 |
| トイレ介助・着替え | 必要　・　不要 | 550円/1回 |
| 付き添い介助 | 必要　・　不要 | ２，２００円/30分ごと |
| レンタル品 | 標準車いす（無料） | 必要　　・　　不要　・　自分の車いす（　標準　/　リクライニング　） |
| フルリクライニング車いす | 必要　・　不要 | ５，５００円/1乗車につき |
| ストレッチャー | 必要　・　不要 | 5,500円/1乗車につき |
| スロープ | 必要　・　不要 | １，１００円/1乗車につき |
| 点滴スタンド | 必要　・　不要 | １，１００円/1乗車につき |
| 複数名対応（ドライバー＋1名） | 必要　・　不要 | ２，２００円/30分ごと |
| その他　必要な配慮・ご要望・使用中の医療機器等 |  |
| 福祉タクシーチケット利用 | 　あり（盛岡市・紫波町・矢巾町・滝沢市・雫石町）　・　なし | 障がい者手帳 | あり　・　なし |
|  |
| 返信欄（ひとてま記入欄） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様　←　ひとてまケアタクシー |
| 　 | ご予約を承りました。当日、現地に伺います。 |
| 　 | 御見積書を添付します。 |
| 　 | 当日、障害者手帳をご提示ください。 |
|  |  |

送迎時間は、天候・道路状況等により15分程度前後することがございます。あらかじめご了承ください。

株式会社ひとてまケア盛岡・ひとてまケアタクシー　　電話　019-613-4656　FAX　019-613-4657