

# FAX番号048-795-8811

## 配車依頼書

FAX受付24時間可能  
福祉タクシーなごみ

【お申し込み者の情報】ご家族・ご親戚・介護事業所・病院・施設・団体などの代理申し込み

お申し込み者名		施設名	
電話番号・固定・携帯		FAX番号	
備考欄			

【ご利用者様の情報】実際に乗られる方の情報を記入して下さい

ふりがな		性別		年齢	
ご利用者氏名		男 / 女		歳	
ご住所	〒 -				
電話番号・固定・携帯					
ご利用日	年	月	日( )	~	月 日( )
予定乗車時間	時	分		時	分
乗車場所:住所番地					
電話番号:固定・携帯					
目的地必着日時	年	月	日( )	時	分
目的地:名称					
目的地:名称住所・電話					
付き添いの方	あり( )名様 ・ なし				
帰りのお迎え	必要 ・ 不要				
自己所有の車椅子	有( )台 ・ 無し		特殊な車椅子	有( )台 ・ 無し	
車内備品等の利用	標準車椅子(無料)		必要	不要	
	ストレッチャー		必要	不要	
一部介助にて歩行可能	可能 ・ 不可能				
2人体制	必要 ・ 不要				
介護認定	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 /申請中・区分変更中( 頃予定)				
減額認定	有(訪問介護 / 100%) ・ 無 生活保護対象				
割引利用	<input type="checkbox"/> タクシーチケット <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護保険				

参考:閲覧媒体	<input type="checkbox"/> タクシーを見て	<input type="checkbox"/> チラシ	<input type="checkbox"/> 病院などの紹介	<input type="checkbox"/> 友人紹介
備考				

【福祉タクシーなごみ】電話によるお問い合わせは8:30~17:30  
TEL0120-846-753  
TEL048-763-5463/FAX048-795-8811