



しみず
福祉タクシー

FAX番号：096-343-6557

電話：090-8402-8354

福祉タクシー 予約依頼書

ご利用日	月 日 (曜日)			
	午前・午後	時 分	(迎え時間・出発時間)	
ご利用者 氏名	(フリガナ：) 様			
	連絡先☎	携帯電話		
ご利用者 氏名	(フリガナ：) 様			
	住所			
ご利用者 氏名	連絡先☎	携帯電話		
	施設・病院 等の名称 (ご自宅の場合 未記入) (名称)			
お迎え先 情報	住所			
	(病院や施設の場合： 何階 号室 など)：			
お迎え先 情報	お迎え先詳細 (どれかに○)：玄関・待合室・病室・室内・その他 ()			
	施設・病院 等の名称 (ご自宅の場合 未記入) (名称)			
行き先 情報	住所			
	(病院や施設の場合： 何階 号室 など)：			
行き先 情報	行き先詳細 (どれかに○)：玄関・待合室・病室・室内・その他 ()			
	お帰り・往復	必要 ・ 不要	お帰り 予想時刻	(予想時間で構いません) 午前・午後 時 分 頃
同乗者・付添	有り (名) ・ 無し	院内介助 (付添)	必要 ・ 不要	
必要備品について	自己所有車椅子	有り	車椅子レンタル (標準タイプ)	必要・不要
	リクライニング車椅子レンタル		必要・不要	
	ストレッチャー レンタル		必要・不要	障害者手帳 有 ・ 無
その他連絡事項 等				