

## 福祉（介護）タクシーご利用申込書

## 【お申込者連絡先】

\* ご家族・病院・施設等の代理申込みの方はご記入ください。

申込み者		事業者様	
電話番号		FAX番号	
ご住所			

## 【ご利用者様】

ふりがな			性別
ご利用者名			男 ・ 女
ご住所			
電話番号		FAX番号	
備考			

## 【ご依頼内容】

	行 き	帰 り
ご利用日	月 日 曜日	月 日 曜日
ご乗車時間	時 分	時 分
ご乗車場所		
乗車住所		
乗車地 TEL		
目的地		
目的地住所		
目的地 TEL		
付添者	1人 2人 ご利用者のみ	1人 2人 ご利用者のみ
車椅子	自己所有車椅子利用 利用しません、	自己所有車椅子利用 利用しません。
チケット利用	利用しません、	利用しません、
その他のご要望		