

介護タクシー申込書

【個人情報取扱注意】

申込年月日 年 月 日

| | |
|--|---|
| お申込者： <input type="checkbox"/> ご本人様 <input type="checkbox"/> ご家族様 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員様 <input type="checkbox"/> (| |
| 配車区分： <input type="checkbox"/> 時間貸切 <input type="checkbox"/> 通院等乗降車介助（介護保険） <input type="checkbox"/> (|) |

| | | | |
|------------|--|------|--|
| 居宅介護支援事業所名 | | ご担当者 | |
| 指定事業者番号 | | FAX | |

*通院等乗降介助でのご利用の場合は、介護保険情報等のご記入もお願いいたします（時間貸切の場合は不要）。

| | | | | | | | | | |
|-----------------|----------------|---------------------------|--|-------|----------|------------|-------|---|----|
| ふりがな | | | | | 明治 | | | | |
| お客様名 | | 性別 | | 生年月日 | 大正 | 年 | 月 | 日 | 年齢 |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| | ご連絡先 | | | | | | | | |
| 介護保険情報 | 被保険者番号 | | | | 保険者番号 | 131193・() | | | |
| | 要介護状態区分 | 申請中・更新中・要支援・要介護 1・2・3・4・5 | | | | | | | |
| | 限度額適用期間 | 年 月 日 から | | | 年 月 日 まで | | | | |
| 公費情報 (訪介護減免) | 公費負担① | 区分 | | 負担者番号 | | | 受給者番号 | | |
| | 公費負担② | 区分 | | 負担者番号 | | | 受給者番号 | | |
| | 公費負担③ | 区分 | | 負担者番号 | | | 受給者番号 | | |
| | 公費負担④ | 区分 | | 負担者番号 | | | 受給者番号 | | |
| その他 | 障害者手帳等の有無 | | | | | | | | |
| ご家族 (介護者) | ふりがな | | | | 住所 | 〒 | | | |
| | ご家族名 (介護者名) | | | | | ご連絡先 | | | |
| | 続柄 | | | | | | | | |

*以下、出来るだけ詳しくご記入下さい。

| | | |
|---|--|------------|
| 配車希望月日 | お迎え場所（ご自宅以外の場合は住所も） | お迎え希望時間 |
| 月 日 () | | 時 分頃 |
| 送迎区分 | 目的地（施設名、ご住所等） | 到着予定（希望）時間 |
| <input type="checkbox"/> 片道 <input type="checkbox"/> 往復 <input type="checkbox"/> () | | 時 分頃 |
| 車椅子の有無 → | <input type="checkbox"/> 自分の車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子の貸出を希望する <input type="checkbox"/> 車椅子は使用しない | |
| 留意事項等 | | |

*ご記入頂きました個人情報は、介護タクシー業務以外に使用することはありません。

*道路状況等により、出発時刻、到着時刻に遅延等が発生する場合がございます。お時間は余裕を持ってご記入下さい。