



FAX 03-5824-0741

東福協コールセンター

# 配車予約申込書

※わかる範囲で、書き込み、○で囲む、✓などご記入ください。

輸送 区分	通院 医療輸送 観光 一般輸送	予定日 平成 年 月 日 曜日	片道・往復
	冠婚葬祭 特殊輸送 介護保険対応	往路 時 分配車 時 分発 復路 時 分配車 時 分発	

フリガナ		男・女	年齢	歳
ご利用者名	様	電話		
		携帯		
ご住所				
緊急連絡先	お名前	様 ;ご関係	;電話(携帯)	

★紹介者(家族、ケースW、ケアマネ、役所、公費、旅行社、ホテル等)が存在し、告知が必要な場合のみ記入

紹介者	様	電話:
特記事項:		

乗車場所 <small>(利用者住所と異なる場合)</small>	施設名	様 玄関・部屋= 番号等
	住所	電話
行 先 <small>(利用者住所と異なる場合)</small>	施設名	様 玄関・部屋= 番号等
	住所	電話
乗車用機材貸出	① 要 <input type="checkbox"/> 一般型車いす <input type="checkbox"/> リクライニング式車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
	② 不要 <input type="checkbox"/> 自己所有(一般型・リクライニング・電動) <input type="checkbox"/> 歩行可 その他( )	
介護機材貸出	<input type="checkbox"/> 医療用酸素 <input type="checkbox"/> たん吸引器 その他( )	
乗車予定人数	:車いす等 _____ 名 :同乗者 _____ 名 ■希望車種 普 大 LW セダン <small>車種無し 他車種</small> 可 不可	
福祉タクシー券 使用	障害者手帳 あり	複数体制 要 ( 名)
	看護師 希望	公費負担 あり

### ◆本件申し込み者様

申込日 平成 年 月 日	氏名/事業所	様
担当者	様	TEL FAX
摘要(ご依頼サービス内容・注意事項など)		

※以下は記入の必要ありません。

■配車決定事業者	担当者 or 運転者	携帯
■配車車種 普 大 LW セ	:車名	:カラー :車番

### 【介護タクシーコールセンター記入欄】

受付日時	20 年 月 日 ( )	:	決定事業者		受付者	
受付状況	<input type="checkbox"/> 通常対応	配車依頼メール	<input type="checkbox"/> 決定事業者	<input type="checkbox"/> 決定メール送信	<input type="checkbox"/> NGメール送信	<input type="checkbox"/> 配車依頼 事業者連絡
	<input type="checkbox"/> 至急対応	:	連絡			
顧客番号	U00	往路予約No.	G00	復路予約No.	G00	