

アイリス介護タクシー 行

申込日：令和 年 月 日

横浜市金沢区釜利谷東7-2-17 セブンハイム104

Tel:045-701-3055 FAX:045-701-3077

サービス利用申込書(初回・2回目以降)

【ご依頼内容】 ※初回時等、ご利用者様詳細は別途ご連絡ください

ご利用者名			
日時	令和 年 月 日		
	時 分		
お迎え場所 及び移送先	⇒		
ご自宅住所			
ご利用者様 ご連絡先			
ご利用方法	片道 ・ 同日に往復	保険対応 ・ 自費対応	
目的	通院 ・ 入退院 ・ 役所 ・ 買物		
	その他 ()		
移動	独歩 ・ 介助歩行 ・ 杖歩行 ・ 車イス ・ 他()		
車イス貸出	貸出 / 有 ・ 無	種類 / 車イス ・ リクライニング車イス	
その他	二人対応 ・ 車イス階段介助		同乗者 (名)
	その他 ()		
備考			

【事業者様情報】

事業所名	
担当者名	
電話番号・FAX	