

ハウネス福祉センター 電話 045-433-8816  
 FAX 045-433-0208



介護タクシー ( ・ 申込 ( ・ 新規 ・ 再利用 )  
 ・ キャンセル )

受付票

ご利用者	フリガナ氏名	男・女	生年月日	大正昭和平成	年 月 日	身長	cm	
	住所	電話 - -				主な障害等	体重	kg
							(酸素・胃瘻・バルーン)	

実施日	月 日 ( ) 片道 / 往復	利用目的	・通院・透析・入院・退院・転院 ・入所・退所・他( )	同乗者	名
				続柄	

往	乗車地	① 名称 住所 電話	指定到着時刻	時 分
	降車地	② 名称 住所 電話	運送終了時刻	時 分

車内・院内等介護待機

復	乗車地	① 名称 住所 電話	指定到着時刻	時 分
	降車地	② 名称 住所 電話	運送終了時刻	時 分

移動方法	車いす	<input type="checkbox"/> 介助式 <input type="checkbox"/> 自走式 (利用者・弊社有料)	<input type="checkbox"/> リクライニング車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー (利用者・弊社有料)	<input type="checkbox"/> 布タンカ <input type="checkbox"/> 歩行介護 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> おんぶ <input type="checkbox"/> だっこ	介護対応人数	往 名 復 名
------	-----	--	---	---	--	--------	------------

移動困難加算(階段・急坂・体重)

車内・院内等介護のヘルパー利用 < 必要 ・ 不要 > ※必要の場合は、要領・時間をご記入ください。

・留意事項  
 ・住居等から車両までの環境状況  
 ・その他

階  
エレベーター(有・無)

■主介護料金算定区分 (  介護保険:通院等乗降介助・身体1  障害福祉  一般 )

被保険者番号		介護度	要支援 要介護	(1・2・3・4・5) 障害等( )	
認定日	年 月 日	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	介護保険負担割合	1割 2割 3割
公費支援	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 福祉タクシー利用券 <input type="checkbox"/> その他( )				
支援事業所	事業所名	電話			
	ご依頼者	FAX			

料金の目安				受付確認印

弊社使用欄

受付	月 日	事前確認	月 日
----	-----	------	-----