



介護タクシー

依頼書

1、日、時 平成 年 月 日 () 時 分

2、何処～何処まで _____

3、利用者の状態、屋内の状況 _____

* ドライバー1人で行く場合は、ご家族の協力が得られるか。なければ二人対応です。

* 酸素吸入は、要るか？ 吸引器は要るか？ その他

4、車イス リクライニング式車イス ストレッチャー

5、介助サポート料

6、付き添い（有り、無し） ヘルパー ・ 看護師 ・ ご家族

7、実費 or 保険

8、ご家族の方向何人ご乗車しますか？ _____ 人

9、名前 ご利用者 _____ 様 ご依頼人 _____
〒 _____

10、住所 _____

11、電話番号 ご利用者 _____ ご依頼人 _____
電話 ファクス

メモ

タクシー費用	円
吸引器利用料金	円
酸素利用料金	円
高速代()往復	円
介護福祉士・看護師 費用	円
ストレッチャー使用料金	円
車椅子・リクライニング式車椅子	円
介助料金	円

地図

合計 _____ 円

岡山市民間救急指定事業所

ファミリーライフサポートセンター

〒 703-8282

岡山市中区平井1丁目5-20

電話 086-901-1110

FaX 086-901-1112

夜間受付 携帯 090-3173-1519



振込先:

備前信用金庫 上道支店

普通預金 0037980

有)ファミリーライフ サポートセンター