

介護タクシー 羽 (FAX: 048-812-8318)

指定訪問介護事業所番号: 1170604118 障害福祉事業所番号: 1110601992

送迎介助依頼書

利用者氏名		生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日	年齢 満 歳
住所 〒			性別 男 ・ 女
電話番号 自宅・携帯 ()			

利用日 (行き)		利用日 (帰り)	
出発地		出発地	
到着地		到着地	
時間		時間	

※特記事項

●病 名	
●認 定 (要支援 ・ 要介護 ・ 障害者)	●等 級 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
●認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
●被保険者番号	
●用 途 (通院・転院・入退院・入退所・デイサービス・一時帰宅・その他)	
●身 長 cm	●体 重 kg
●立 位 (可 ・ 不可)	●歩 行 (可 ・ 不可)
●車椅子 (有 ・ 無 ・ 貸出希望)	●階 段 (有 ・ 無 ・ スロープ)
●ストレッチャー (有 ・ 無 ・ 貸出希望)	
●付 添 (家族 ・ ヘルパー ・ 無 / 同乗者 名)	
●透 析 (月・水・金 / 火・木・土)	
●介助内容 (1人介助 / 2人介助) ☐ 階段介助 ☐ 室内介助 ☐ その他	
●減 額 ☐ 有 (介護 / 課税 / 非課税) ☐ 生活保護	
●割引利用 ☐ 介護保険 (通院等乗降介助 ・ 身体介助) ☐ 身体障害者手帳 ☐ 福祉タクシー等	
●備 考	

施設等担当者

担当者名		事業所名	
電話番号		事業所番号	(居宅介護支援 / 障害福祉)