

送迎介助見積依頼書 (太枠の中をご記入後、FAX 送信してください)

※お申込みは、おおね希望日の 1 週間前までに FAX でお願いします。

※直近ご利用の場合は、電話連絡 (090-3086-2901) と同時に依頼書をお送りください。

申込者	事業所名		電話番号	
	担当者名		FAX 番号	
利用希望日 ※出発時刻をご記入ください。	利用希望日			
	【行き】	年 月 日 ()	午前・午後	時 分頃
	【帰り(目安)】	年 月 日 ()	午前・午後	時 分頃
		帰りの時間の目途がいたら(本人・)が電話します。		
ふりがな			電話番号	
利用者名		歳		
介護保険・障害サービスの利用	なし(自費の利用を希望します)・あり(詳細を下記または電話でお知らせください)			
場所 (建物名、階数等もご記入ください)	出発地名称・住所			
	目的地名称・住所			
出発地の状況	戸建て・アパート、マンション・病院、施設など	階段(段差)介助	あり・なし	
同乗者	あり(名)・なし	電話番号		
歩行の状態	立位(とれる・とれない) 歩行(可・不可) 使用: 杖・歩行器・車いす・その他			
環境の詳細	階段(あり 段・階・なし・スロープ 有・無) 付き添い(家族・ヘルパー・なし)			
その他の共有事項	一人介助・二人介助 / 車いす階段介助が必要・その他特殊な介助が必要			
利用目的(保険・自費)	通院・透析・転院・入退院・入退所・帰宅・観光・その他()			
利用者の詳細	(要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)・支援サービス・生活保護			
被保険者番号※見積時不要	保険利用日確定後記入 (被保険者番号)			
備考	ケアプランや必要な介助に基づく料金については、当事業所ホームページをご要望ください。 付き添い介助・車いす⇄ベッド・トイレ介助・着替え・乗降補助員・同行各資格者など			
貸出装備品	標準車いす(無料)	必要・不要・自分の車いす(標準 / リクライニング)		
	リクライニング車いす	必要・不要	2,000 円/1 乗車につき	
	ストレッチャー	必要・不要	3,000 円/1 乗車につき	
	点滴スタンド	必要・不要		
乗降補助対応(ドライバー+1名)		必要・不要	1,000 円/10 分ごと	
付き添い(ドライバー+1名)		必要・不要	各資格別対応	
その他 必要な配慮・ご要望・使用中の医療機器等				
福祉・介護・妊婦タクシー利用券	あり(神戸市)・なし	障がい者手帳	あり・なし	

上記内容で、 見積希望 見積確認済みでサービス依頼申込書とします

当事業所記入欄	様 こうべトラストケアです。		
	ご予約を承りました。当日、現地に伺います。		
	御見積書を添付します。ご確認をお願いします。		

送迎時間は、天候・道路状況等により 15 分程度前後することがございます。あらかじめご了承ください。