



ライフサポート

ほほえみ福祉タクシー



ライフサポートほほえみ 福祉タクシー依頼表

FAX番号:072-251-3731

ご依頼時に情報として必要です。予めご確認ください。

利用日時	月 日 () 午前 / 午後 時 分		
ふりがな			
ご依頼者さま氏名			
ご依頼者さま電話番号			
ふりがな			
ご利用者さま氏名			
お迎え先住所			
行き先住所			
お帰りのお迎え		要	不要
付き添いの同乗者		有 (名)	無
自己所有の車椅子		有	無
車椅子レンタル		要	不要
フルリクライニング車椅子	要	不要	※1 待機要
タクシーチケットのご利用		有	無
障害者手帳		有	無

※1 フルリクライニング車椅子が必要な場合、待機が必要かを予めお知らせください。

ご注意点などありましたらお書きください。