

FAX用申し込み用紙

FAX番号		06-6792-8899		受付日		月	日
ご出発予定日時	年	月	日	午前・午後	時	分	
出発時（住所）	自宅・病院・施設						
目的地（住所）	自宅・病院・施設						
利用者様(氏名)	様			代理人		様	
連絡先（住所）							
電話番号	—	—	—	携帯番号	—	—	—
付添の方	有・無			名	携帯番号	—	—
注意事項							
利用者様の状況	<input type="checkbox"/> 少しなら歩ける			<input type="checkbox"/> 車椅子 所有・無（必要ある・ない）			
	<input type="checkbox"/> 歩けない			<input type="checkbox"/> 車椅子 所有・無（必要ある・ない）			
				<input type="checkbox"/> 寝台車（寝たままの移動）			
料 金	<input type="checkbox"/> 小型車(定員2~3名)			時間制運賃	30分迄ごとに 2,090円		
	<input type="checkbox"/> 大型車(定員7~8名)			時間制運賃	30分迄ごとに 2,750円		
	実車距離が15kmを超える運送について			距離制運賃	タクシーメーター 料 金		
	<input type="checkbox"/> 乗務員(ヘルパー付)2名対応			寝台車	60分迄ごとに 2,600円		
	<input type="checkbox"/> ストレッチャー利用料			寝台車	2,000円		
	<input type="checkbox"/> 車椅子利用料			車椅子	無 料		
障害者割引	障害者手帳 有・無			大阪市重度障害者タクシーチケット 有・無			