

# 見積書作成依頼書

依頼日 月 日

福祉輸送事業連合会  
(見積もり依頼先業者名) \_\_\_\_\_

見積依頼者・担当部署  
担当者  
連絡先  
FAX

下記内容により歩行困難者を移送検討の為、見積を依頼します。

(尚、本件依頼書は、移送の依頼を確定するものではありません。)

必須項目 日程・時刻 (計画・予定) 月 日 (曜日) 時頃

どこからどこまで (走行距離) ~  
(片道・往復)

車椅子など業者所有を利用 (する・不要 (本人所有) (下記の該当品に○を)

- ①車椅子 ②リクライニング、簡易ストレッチャー (頭の角度が15°程度上がります)  
③ストレッチャー

任意項目 待機 (予測時間 分)

高速道路等有料道路の利用 (可能・利用不可) 付き添い介助 (予測時間 分)

車内での対応 酸素ボンベ (必要・不要) 必要な場合 消費量 リットル

車内での介助 (必要・不要)

車外での対応 病院⇔病院 病院⇔自宅等 (自宅での階段等の介助) (必要・不要)

階段等の対応で運転手以外に補助者が (必要・不要)

介助者が必要な場合=2階以上 (階)

## 諸情報

一人乗車の場合 薬等の買い物介助 (必要・不要)

同乗者 利用者の症状 特殊な車椅子 点滴・電源・人工呼吸器等の使用 エレベーターの有無 等	名	特記事項

下記は見積者記入欄

お見積書 概算金額 円 (参考 ; タクシー料金は、走行経路・渋滞等により変動しますので、概算見積になります。)
-------------------------------------------------------------

連絡先 TEL

FAX

\*諸事情により、お見積書作成者以外の介護タクシー (福祉輸送事業連合会の会員) が移送する場合があります。

\*利用料金等詳細については、福祉輸送事業連合会ホームページ (お出かけ応援団) をご検索ください。