

一般社団法人 東京福祉限定輸送協会
「介護タクシー乗車券」ご利用案内

ご契約者記載欄

No. _____

一般社団法人 東京福祉限定輸送協会
介護タクシー乗車券①
 (ご利用者様控)

◆ コールセンター 0120-489-288 受付時間 平日9時～18時

ご利用金額 *ご担当者確認サインの無いものは無効*
<合計金額> ¥ カンマ 記入
¥ 〇〇, 〇〇〇 ー 円

内 訳		ご利用料金(税込)	
運 賃 (予約・迎車料金含む)	普通車(初乗=迎車710円)	①	〇〇〇
	大型車(初乗=迎車750円)		
基本サービス料	基本乗降介助料	¥	1 0 0 0
その他	室内介助料(1,000円)		
	時間超過乗降介助料	②	〇〇〇
付加サービス料 通行料等立替分			
合 計 金 額		③	〇〇〇〇〇

※ コールセンター受付時間外は会員事業者(別紙名簿)にお申し込み下さい。
 ※ 料金については別紙料金表にてご確認頂くか、コールセンターまたは
 会員事業者にお問い合わせください。

ご契約事業所名・住所・電話番号>
社判をお願いします。
①～③
 ※金額確認後
 担当者 確認サイン フルネームサイン
 フルネーム _____ 様

配 車 依 頼 内 容

ご利用者様名 _____

利 用 日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日

利 用 時 間 _____ : _____ ~ _____ : _____

乗 車 地 _____

降 車 地 **すべて記入**

<備 考>

担当事業者・電話番号
事業者名、電話番号
 (担当者名) (サービス担当者フルネーム)

● **ご利用者様に確認のお願い**

- : お持ちの乗車券(①～③)には社判がありますか？
 社判の無いものは無効です。
- : ご利用金額を確認の上フルネームにてサインをお願いします。

● **サービス担当者をお願い**

- : 料金内訳のご説明・確認を必ずお願いします。
- : ご利用合計金額訂正は原則無効です。
- : サイン受領後①(ご利用者様控)②(ご契約者様控)をお渡し下さい。