

通所リハビリテーション 利用同意書 兼 利用料支払同意書

介護老人保健施設カタセールえさしを利用するにあたり、介護老人保健施設通所リハビリテーション利用約款および別紙1・別紙2・別紙3を受領し、これらの内容について、担当者による説明を受け、十分に理解したうえで同意します。

令和 年 月 日

医療法人社団恵愛会

理事長 伊 達 基 様

<利用者>
住 所

氏 名

【本約款第10条2項の緊急時及び第11条3項事故発生時の連絡先】<利用者の身元引受人（ご家族）>
(第1連絡先)

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	() —
(第2連絡先)	
氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	() —

【説明者】氏 名

【本約款第6条の請求書・明細書および領収書の送付先】

氏 名	(続柄)
住 所	
電話番号	() —
支払方法	持 参 ・ 振 込 (郵便局・銀行)

○日用生活品費

次のうち不必要なものがありましたら各品目に○印をご記入願います。

入浴時	リンスインシャンプー・ボディソープ・バスタオル・フェイスタオル	※243円
1日	おしぶり	※34円

○教養娯楽費

実費／回

※例えれば、絵画・書道・手芸・嗜好品購入等の材料費の実費をいただきます。

○食費

昼食：719円／食

○その他の利用料

各種オムツ	※58円～229円／枚	証明書料	※2,200円／回
診断書料	※3,300円／回	証明書料	※3,300円／回
診断書料	※5,500円／回	処置料	※11,000円／回
診断書料	※8,800円／回	理美容料	実費／回

※印の項目には消費税が含まれます。