

# 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	( ) ー

(第 2 連絡先)

氏 名	(続柄)
住 所	
電 話 番 号	( ) ー

【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	( ) ー
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	※ 2 4 3 円
1 日	おしぼり	※ 3 4 円

○教養娯楽費

実費／回

※例えば、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：7 1 9 円／食

○その他の利用料

各種オムツ	※ 5 8 円～2 2 9 円／枚	証明書料	※ 2, 2 0 0 円／回
診断書料	※ 3, 3 0 0 円／回	証明書料	※ 3, 3 0 0 円／回
診断書料	※ 5, 5 0 0 円／回	処 置 料	※ 1 1, 0 0 0 円／回
診断書料	※ 8, 8 0 0 円／回	理美容料	実費／回

※印の項目には消費税が含まれます。