

介護老人保健施設 介護予防短期入所利用 同意及び契約書

介護老人保健施設聖紫花の杜 介護予防短期入所を利用するにあたり、介護老人保健施設 介護予防短期入所利用約款及び、重要事項説明書を受領し、これらの内容に関して担当による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意及び契約します。

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名 印

介護老人保健施設
聖紫花の杜
代表者 東上 震一 殿

<身元引受人 1> ※緊急時及び事故発生時の連絡先

住所

氏名 印

連絡先(Tel)

<身元引受人 2> ※上記の方と、世帯別の方

住所

氏名 印

連絡先(Tel)

<短期入所料金 請求先>

住所

氏名 続柄()

連絡先(Tel)

<連帯保証人> ※左記の方と、世帯別の方

※期限内にお支払いして頂けなかった場合に、ご連絡を差し上げます。ご了承下さい。

住所

氏名 続柄()

連絡先(Tel)

- 行事・ボランティア公演等の広報誌やホームページ等に掲載への撮影において、同意される場合はチェックお願い致します。

”注意事項”

※請求書は、月々で翌月の10日前後に郵送致します。

※支払い期限が25日迄となっておりますので、お気をつけ下さい。

※期限内で支払いが困難な方は、ご連絡下さい。

※当書類は管理番号27番介護老人保健施設介護予防短期入所療養介護利用約款、個人情報の利用目的、介護老人保健施設短期入所利用同意及び契約書、入所のご案内(介護予防短期入所療養介護重要事項説明書)と一対。