

階病棟	ID	
-----	----	--

病院記載欄

(入院日) 20 年 月 日

委託依頼書(兼)誓約書

川西リハビリテーション病院へ入院するに際し、日常生活用品に関する「リース」「洗濯」などのサービスを、貴社へ委託します。また、委託に際して、下記の事項について誓約いたします。

記

- リース委託期間は、入院日から退院日とします。
- 料金は、1日当たりの金額とし、使用開始日より発生とします。
- 利用者の「症状」「状態」などに応じて、リースプランの変更に応じます。
- 私物洗濯を希望した場合、専用ネットを受け取ります。(契約終了時に、貴社へ返却いたします。)
- リースの支払いは、請求を受けた都度、期限内に支払いを行い、本人(家族)及び保証人の連帯責任において、一切貴社にご迷惑をかけません。

※連帯保証人様極度額(責任を負う上限額)500,000円(税別)

利用者さま(入院患者さま)		ご住所	
フリガナ		〒	—
	(印)		
明・大・昭・平	年 月 日生	電話番号 ()	—
連帯保証人さま		ご住所	
フリガナ		〒	—
	(印)		
利用者さまとのご関係 ()		電話番号 ()	—

※ ご希望のプランをチェックしてください。(金額はすべて税込表示です)

設備使用料	①標準プラン 605円/日	
	②選択プラン 495円/日	
	テレビ	
	冷蔵庫	

タオル衣類(リハウェアあり)日用品	③ 935円/日	
タオル衣類(リハウェアあり)	④ 770円/日	

オムツプラン	Aプラン 880円/日	
	Bプラン 660円/日	
	Cプラン 550円/日	
	Dプラン 330円/日	
	Eプラン 220円/日	

日用品	Fプラン 220円/日	
-----	-------------	--

私物洗濯ネット	1ネット 880円/回	
---------	-------------	--

注) リースとは別に、私物洗濯ネットをご希望される場合は、チェックしてください。

注) オムツプランは患者さまの症状や状態などを考慮した上で、最適なプランを病院側が決定いたします。

患者様記載欄