

介護老人保健施設のサービス提供に伴う利用者負担にかかる同意書

年 月 日

老人保健施設 シルバーポートつかばら
施設長 殿

《利用者》 ふりがな
氏名 : _____ 印

住所 : _____

電話番号 : _____

《身元引受人》 ふりがな
氏名 : _____ 印

住所 : _____

電話番号 : _____

《連帯保証人》 ふりがな
氏名 : _____ 印

住所 : _____

電話番号 : _____

利用者との関係 (_____)

介護老人保健施設のサービス(入所、短期入所療養介護、通所リハビリテーション)を利用するにあたり、老人保健施設シルバーポートつかばら利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの利用者負担に関して、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、介護老人保健施設のサービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに同意すると共に下記事項を厳守することを連帯保証人と共に誓約します。

記

- 1 老人保健施設シルバーポートつかばらの諸規定を守り、職員の指示に従います。
- 2 使用料等の費用の支払いについては、老人保健施設シルバーポートつかばらに対し一切迷惑をかけません。

以上