

階病棟	ID	
-----	----	--

( 入院日 ) 2 0 年 月 日

※ 病院側記載欄


## 委託依頼書(兼)同意書

彩都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同意いたします。

### 記

- 1 . リース委託期間は、入院日から退院日とします。
- 2 . 料金は、1日又は1回当たりの金額とし、使用開始日より発生とします。
- 3 . 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。
- 4 . 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。)
- 5 . リース、私物洗濯の支払いは、請求を受けた都度、期限内に支払います。

以上

利用者さま(入院患者さま)		ご住所	
フリガナ		〒 -	
 (サイン可)			
明・大・昭・平	年 月 日生	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)			
① 基本	270円/日	オムツ	A 648円/日 B 540円/日 C 486円/日 D 108円/日
② テレビ	270円/日	※ 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。(単品でもご利用頂けます)	
③ 衣類・タオル	540円/日	私物洗濯 ネット	1ネット 972円/回
④ 肌着	216円/日	※ 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。	
⑤ タオル	324円/日		

※ 患者様側記載欄

### ※ 事務部処理欄

オムツプラン	A	B	C	D	確認元:	備考:
--------	---	---	---	---	------	-----

彩都リハビリテーション病院