

階病棟	ID	
-----	----	--

( 入院日 ) 20 年 月 日

※ 病院側記載欄

## 委託依頼書(兼)誓約書

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誓約いたします。

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)

以上

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)

① 基本	330円/日		オムツ	A 660円/日 B 550円/日 C 495円/日 D 110円/日	
② テレビ	330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	550円/日		私物洗濯 ネット	1ネット 990円/回	
④ 肌着	220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	330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:
--------	---	---	---	---	------	-----