

(介護予防) 通所リハビリテーション利用同意書

周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑（介護予防）通所リハビリテーションを利用するにあたり、周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑の通所リハビリテーション（介護予防通所リハビリテーション）利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3を受領し、これらの内容に関して、担当者による説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

年 月 日

〈利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

〈扶養者〉

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

周防大島町立介護老人保健施設さざなみ苑
施設長 岡本 潔 様

[本約款5の請求金額の連絡先及び領収書の送付先]

氏 名	_____	続柄 ()
住 所	〒 _____	
電 話 番 号	_____	
支 払 方 法	<input type="checkbox"/> 現金（窓口支払） / <input type="checkbox"/> 銀行振込 / <input type="checkbox"/> 口座振替（山口銀行）	
請求書の送付希望	<input type="checkbox"/> あり / <input type="checkbox"/> なし	

※口座振替をご希望の方は、事前に手続きが必要ですので、事務窓口までご相談ください。
 なお、口座振替手数料（150円税別）は利用者側のご負担となりますのでご了承ください。

[本約款9の3事項の緊急連絡先]

※続柄の記入例…長男 等

連絡順	ふ り が な		続柄	連 絡 先
①	氏 名	_____	_____	携 帯 _____
	住 所	〒 _____		自 宅 _____
②	氏 名	_____	_____	携 帯 _____
	住 所	〒 _____		自 宅 _____
③	氏 名	_____	_____	携 帯 _____
	住 所	〒 _____		自 宅 _____

※緊急時連絡先はできるだけ多くご記入ください。

※緊急時連絡先は①から③の順に連絡します。なお、当施設からの連絡は、最初に連絡が取れた方に対してのみご連絡いたします。