

私は、当該施設の支援相談員より、介護老人保健施設入所利用約款及び別紙1、別紙2及び別紙3の説明を受け、これらが契約内容である旨を十分に理解し同意の上、この約款に基づく介護保健施設サービスの利用を申し込みます。

契約締結日 令和 年 月 日

<利用者> 住 所 〒 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<連帯保証人> 住 所 〒 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<家族> 住 所 〒 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

<第2連絡先> 住 所 〒 \_\_\_\_\_

名 前 \_\_\_\_\_ 続柄 ( ) 電話 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先・順位（優先順位を記入）

( ) 連帯保証人 ( ) 家族 ( ) 第2連絡先

請求書・明細書及び領収書の送付先（支払義務者）

利用者  連帯保証人  家族  第2連絡先

私は、介護保健施設サービスの事業所として、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを、誠実に責任をもって行います。

本約款は、「利用者」「連帯保証人」「家族」「第2連絡先」本人が自署する場合は押印不要です。但し、それ以外の場合は氏名の右横に押印が必要となります。

尚、本契約を証するため、本書を2通作成し、利用者と施設が1通ずつ保管するものとします。

事業所	住 所	札幌市豊平区中の島1条8丁目3番18号
	事業所名	独立行政法人地域医療機能推進機構 北海道病院附属介護老人保健施設
		施設長 古家 乾
	電話番号	011-813-2222
	FAX番号	011-813-3833
	事業所番号	第0150580017号