

私は、当該施設の支援相談員より、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護利用約款及び別紙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、この約款に基づく短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護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、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護の事業所として、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、利用者として施設が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