

介護老人保健施設 通所リハビリテーション利用同意書

令和 年 月 日

利用者	ふりがな			男 ・ 女
	氏名	Ⓜ		
	生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	〒		
	電話番号	携帯番号		

上記の者が介護老人保健施設ふじ苑を利用するにあたり、入所利用約款及び諸規則の内容に関して十分に理解したうえで同意し、万一履行できない時には介護老人保健施設ふじ苑にご迷惑をかけることを保証人と連署の上、お約束いたします。

一般財団法人山梨整肢更生会 介護老人保健施設ふじ苑
管理者佐藤 英貴 殿

【本約款第5条9条の連絡先として連帯保証人①の方を主介護者とし連絡をさせていただきます。】

連帯保証人①	ふりがな			続柄()	男 ・ 女
	氏名	Ⓜ			
	生年月日	年	月	日 (歳)	
	住所	〒			
	電話番号	携帯番号			
	職業	勤務先	電話番号		

連帯保証人②	ふりがな			続柄()	男 ・ 女
	氏名	Ⓜ			
	生年月日	年	月	日 (歳)	
	住所	〒			
	電話番号	携帯番号			
	職業	勤務先	電話番号		

※連帯保証人①と②は世帯の違う方を自筆にてご記入ください。

保障の極度額	
--------	--

※極度額は民法改正により、明示が義務付けられ、連帯保証人の方の負担上限額を示します。

当苑では約款(別紙4)に基づき、利用者様個々の概算3ヶ月分を極度額とさせていただきます。