

特別養護老人ホーム土佐清風園のサービス提供に伴う入所者負担にかかる 同意書

令和 年 月 日

特別養護老人ホーム土佐清風園
代表者 濱崎 徳明 様

(入 所 者)

住 所

電話番号

氏 名

[説明担当者]

()

(身元引受人兼代筆者)

住 所

電話番号

氏 名

特別養護老人ホーム土佐清風園の従来型指定介護老人福祉施設サービスを利用するにあたり、特別養護老人ホーム土佐清風園利用約款に基づき、重要事項に関するこれらの入所者負担に関して、入所者負担説明書を受領し、担当者による説明を受けました。その内容を十分に理解し、指定介護老人福祉施設サービスを利用した場合に、これらの対価として施設の定める料金を支払うことに署名のうえ同意するとともに下記事項を厳守することを誓約します。

記

1. 特別養護老人ホーム土佐清風園の諸規程を守り、職員の指示に従います。
2. 利用料等の費用の支払いについては、特別養護老人ホーム土佐清風園に対し、一切迷惑をかけません。
以上