

お申し込みご家族様確認事項

この度は当施設へのお申込みありがとうございます。下記の内容のご確認・ご同意をよろしくお願ひ致します。

●受診について ※外部病院への受診は原則ご家族様対応になります。

- ・ご予約 : ご希望の病院がございましたらご家族様にて
ご予約をお願いします。 状態の情報や紹介状は用意いたします。
 - ・付き添い : ご家族様行き帰り付き添いでお願い致します。
職員付き添いは行えません。
ご都合で付き添いが出来ない場合は付き添いヘルパーの依頼、日程調整をご家族様対応でお願い致します。
※付き添いヘルパー業者の紹介は致します。
 - ・ご送迎 : 施設送迎対応時間・範囲であれば施設送迎致します。
施設送迎が不可の時はご家族様送迎又は介護タクシーをご利用下さい。
介護タクシーの依頼、日程調整はご家族様対応でお願い致します。
※介護タクシー業者の紹介は致します。
- ※緊急時は救急搬送します。原則ご家族様同乗ですが、ご家族様が施設到着前に病院が決まった時のみ職員が付き添います。 病院にて職員と入れ替わり対応をお願い致します。

●入院時の居室料金について

- 1日居室代が2300円発生します。 負担限度額認定証がございましたら
6日まで限度額証の居室代で、7日以降は居室代2300円がかかります。

上記の内容を確認・同意の上、申し込みします。

年 月 日

申込者氏名 _____ (印)