

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
よろしくお願い致します。

●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をお願い致します。
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
をご家族様対応をお願い致します。
※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をお願い致します。
※介護タクシー業者のご紹介は致します。

※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 _____ ㊞