

# リース申込書

今般、岸和田リハビリテーション病院に入院するにあたり、担当者よりリース契約内容の説明を受け、十分に理解できましたので、下記リースを申し込みます。また、申し込みに際して下記の事項についても誓約いたします。

1. 患者様の症状・状況などに変化に応じて、当初に申込書に記載したプランを変更してもよい
2. リースの契約期間は入院申込日から解約を依頼された日、又は退院日までとする
3. リース料金の支払いについては請求の都度、速やかに支払いを行い、本人（家族）及び保証人の連帯責任において、一切貴社にご迷惑をかけません※連帯保証人様極度額（責任を負う上限額）500,000円（税別）以上

ご希望のプラン ※ご希望のプランに「○」を付けてください。

1 設備使用料プラン  
をお選び下さい

チェック欄	設備使用料
<input type="checkbox"/>	① 標準
<input type="checkbox"/>	② 選択
<input type="checkbox"/>	テレビ
<input type="checkbox"/>	冷蔵庫

+

2 オムツプラン  
をお選び下さい

チェック欄	オムツ
<input type="checkbox"/>	A オムツ
<input type="checkbox"/>	B オムツ
<input type="checkbox"/>	C オムツ
<input type="checkbox"/>	D オムツ

+

3 入院セット  
をお選び下さい

チェック欄	入院セット
<input type="checkbox"/>	③ リハビリウェア 病衣・タオル
<input type="checkbox"/>	④ 病衣・タオル
<input type="checkbox"/>	病衣
<input type="checkbox"/>	リハビリウェア 介護服
<input type="checkbox"/>	タオル
<input type="checkbox"/>	肌着

※臨時的に必要な場合、オムツ1枚につき110円請求が発生いたします。

- ※ 退院時には当日1階受付にてお支払いをお願いいたします。  
定期請求は、事務担当者がお部屋にお届けいたします。  
お支払いは1階自動精算機にてお願いいたします。

リース契約日 : 20 年 月 日

リース解約日 : 退院日または解約申し出された日

患者様ご住所 〒

\_\_\_\_\_

お名前

印

\_\_\_\_\_

お電話

\_\_\_\_\_

連帯保証人ご住所 〒

\_\_\_\_\_

お名前

印

\_\_\_\_\_

お電話

\_\_\_\_\_