食費・居住費の同意書

私（利用者・家族）は、介護老人保健施設　衣笠ろうけん利用にあたり、下記の食費及び居住費を支払うことに同意します。

記

１　法　人　名　　社会福祉法人　日本医療伝道会

２　事業所の名称　　衣笠ろうけん

３　事業所の所在地　　横須賀市小矢部２丁目２３番１号

４　サービスの種類　　介護老人保健施設

５　食費・居住費料金【単位：円】

該当ﾀｲﾌﾟに〇	負担段階	ﾀｲﾌﾟ	食費	居住費
	第４段階	多床室	１８３０	５２０
	第３段階②		１３６０	３７０
	第３段階①		６５０	３７０
	第２段階		３９０	３７０
	第１段階		３００	０
	第４段階	従来型個室	１８３０	２１００
	第３段階②		１３６０	１３１０
	第３段階①		６５０	１３１０
	第２段階		３９０	４９０
	第１段階		３００	４９０

※上記金額は１日当りの料金です。

年　　月　　日

（事業所名又は法人名）
社会福祉法人　日本医療伝道会
理事長　　古屋　修身　様

利　用　者　　印

署名代行者　　印

※当書類の使用期間は契約期間に準じます。

食費・居住費の同意書

私（利用者・家族）は、介護老人保健施設　衣笠ろうけん　短期入所療養介護利用にあたり、下記の食費及び居住費を支払うことに同意します。

記

１　法　人　名　　社会福祉法人　日本医療伝道会

２　事業所の名称　　衣笠ろうけん

３　事業所の所在地　　横須賀市小矢部２丁目２３番１号

４　サービスの種類　　短期入所療養介護

５　食費・居住費料金【単位：円】

該当ﾀｲﾌﾟに〇	負担段階	ﾀｲﾌﾟ	食費	居住費
	第４段階	多床室	１８３０	５２０
	第３段階②		１３００	３８７
	第３段階①		１０００	３７０
	第２段階		６００	３７０
	第１段階		３００	０
	第４段階	従来型個室	１８３０	２１００
	第３段階②		１３００	１３１０
	第３段階①		１０００	１３１０
	第２段階		６００	４９０
	第１段階		３００	４９０

※上記金額は１日当りの料金です。

年　　月　　日

（事業所名又は法人名）
社会福祉法人　日本医療伝道会
理事長　　古屋　修身　様

利　用　者　　印

署名代行者　　印

※当書類の使用期間は契約期間に準じます。

食費・居住費の同意書

私（利用者・家族）は、介護老人保健施設　衣笠ろうけん　介護予防短期入所療養介護利用にあたり、下記の食費及び居住費を支払うことに同意します。

記

１　法　人　名　　社会福祉法人　日本医療伝道会

２　事業所の名称　　衣笠ろうけん

３　事業所の所在地　　横須賀市小矢部２丁目２３番１号

４　サービスの種類　　介護予防短期入所療養介護

５　食費・居住費料金【単位：円】

該当ﾀｲﾌﾟに〇	負担段階	ﾀｲﾌﾟ	食費	居住費
	第４段階	多床室	１８３０	５２０
	第３段階②		１３００	３７０
	第３段階①		１０００	３７０
	第２段階		６００	３７０
	第１段階		３００	０
	第４段階	従来型個室	１８３０	２１００
	第３段階②		１３００	１３１０
	第３段階①		１０００	１３１０
	第２段階		６００	４９０
	第１段階		３００	４９０

※上記金額は１日当りの料金です。

年　　月　　日

（事業所名又は法人名）
社会福祉法人　日本医療伝道会
理事長　　古屋　修身　様

利　用　者　　印

署名代行者　　印

※当書類の使用期間は契約期間に準じます。