

# おむつ類リースについてのご案内

西の京病院にご入院され、おむつ類を使用される患者様には下記の条件にておむつ類のリースをさせていただきます。(患者様に合った製品を使用します)

- 【おむつ類】 テープ式おむつ・リハビリパンツ・尿取りパッド  
夜用尿取りパッド・おしりふき等
- 【利用料金】 1日：700円(税込) 定額制
- 【請求方法】
- ・ご請求書は月末締めで翌月の上旬頃に、原則請求書送付先へ送付させていただきます。
  - ・ご利用が複数月にわたる場合も毎月末に請求締めを行い、月毎のお支払いになります。
- 【支払い方法】
- ・請求書裏面に記載されたコンビニ及び郵便局にて期日までにお支払い下さい。
- 【注意事項】
- ・開始日から終了日までの全日数分の料金が発生いたします。
  - ・配布の有無、使用枚数に関わらず、日額定額制です。
  - ・申込書に記載の氏名、住所、電話番号等に変更があった時は、すみやかに下記提供会社までご連絡下さい。
  - ・お客様控の裏面にあります利用約款をお読みいただき、契約していただきますようお願い致します。
- 【提供会社名】 日本ホスピタルサポート株式会社  
奈良市七条町 100 番地の 4  
電話：0742-35-7733

# 【 契約書の記入例 】

## おむつ類リース申込書兼契約書

私(ご利用者及びご契約者)は、【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認し、同意の上で申し込みます。

※太枠内をボールペン等(消せないもの)でご記入ください。

日本ホスピタルサポート株式会社 御中

契約番号：

申込日(使用開始日)	2023 年 4 月 1 日
病棟	3階西 病棟
オムツ契約プラン	1日：700円(定額)

ご利用者様	フリガナ	ニホン タロウ	性別	<input checked="" type="radio"/> 男・ <input type="radio"/> 女
	氏名	日本 太郎		
	生年月日	大正・昭和・平成 25 年 1 月 1 日		
	住所	630-8051 奈良県奈良市七条町100番地の4		
電話番号	090 - 1234 - 5678			

(料金をお支払いになる方)様	フリガナ	ニホン ハナコ	続柄	印又はサイン
	氏名	日本 花子	妻	<input checked="" type="radio"/> 日本
	住所 (請求書送付先)	630-8051 奈良県奈良市七条町100番地の4		
	電話番号	第一連絡先(必須)必ず連絡のつく電話番号 (続柄又は氏名) 090 - 1111 - 1111 ( ) 第二連絡先 (続柄又は氏名) 0742 - 35 - 7733 ( )		

情報	<input type="checkbox"/> 生活保護受給	<input type="checkbox"/> 後見人有
備考		

職員が代筆しました。

利用される方のお名前をご記入ください

利用される方の生年月日、住所も必ずご記入ください

お支払いされる方のお名前をご記入ください

申込書の1枚目の①JHS控に必ず捺印もしくはサインをお願いします

電話番号は第二連絡先まで必ずご記入ください

ご利用者様とご契約者様が同じ、もしくは同居のご家族様の場合は住所は「同上」で結構です

生活保護受給中の方のみを入れてください  
上記住所と住民票所在地が異なる場合は備考欄に住民票所在地の市町村をご記入ください