

承 諾 書

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
いなさ愛光園 園長 川合 厚志 様

指定介護老人福祉施設 いなさ愛光園 を利用するにあたり、重要事項説明書（8. 当施設が提供するサービスと利用料金（2）介護保険の給付対象とならないサービス）に係る項目について、担当者による説明を受け、これらを十分に理解したうえで、下記の諸費用について負担することを承諾します。

平成 年 月 日

利用者（入居者） 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

身元引受人 住所 _____
(成年後見人)

氏名 _____ 印 _____

費用項目	内容	算定単位	金額	承諾
日常生活用品	バスタオル、入浴用顔タオル、ボディシャンプー、シャンプー、リンスの入浴用品	1日	31円	可・否
	食事用おしぼり、洗面用顔タオルの衛生用品	1日	41円	可・否
	入れ歯洗浄剤、カミソリ、シェービングクリーム、口腔ケア用品、歯磨き粉、食事用エプロン、その他必要物品	購入時	実費	可・否
	オムツは園使用のものは無料ですが、製品指定の場合は実費相当となります			

特別な食事	ご利用者のご希望や必要に応じて、酒・嗜好品・栄養補助食品等を提供した場合	提供時	実費	可・否
理髪・顔そり	理容師および美容師の出張サービス	1回	実費	可・否
レクリエーション クラブ活動	ご利用者もしくはご家族のご希望により、レクリエーション・クラブ活動に参加したときの費用	1回	材料費等 実費	可・否
コピー代	園の複写機等を利用して書類をコピーした場合	1枚	10円	可・否
外出支援サービス	ご利用者の通院や入院（協力医療機関への受診・入院を除く）および、個人的な外出・外泊時の外出支援サービス	1kmあたり 21円		可・否
クリーニング	専門業者に依頼する洗濯物について	1回	実費	可・否
その他	ご利用者にご負担いただくものが妥当と認められるものについては、ご利用者もしくはご家族と相談のうえで購入・請求いたします。			可・否