

自費サービス契約書

様と株式会社ケアスタイル優は介護保険制度及び障害福祉サービスで対応することが出来ないサービス提供の契約を行いません。
お支払いいただく料金は下記の通りです。

15分	800円
-----	------

なお、訪問員が二人派遣となる場合は、上記料金は2倍になります。

●その他負担額

- ・外出時の交通費、娯楽費は訪問員の分も合わせてご負担をお願いいたします。
- ・居宅においてサービス提供するために必要な水道、ガス、電気代

●利用料の請求および支払い方法

1) 請求

ご利用翌月 15 日以降に請求明細書をお届けしますのでご利用日、時間、利用金額のご確認をして請求次月 10 日までに以下の支払い方法でお支払いをお願いいたします。

2) お支払い

- ・事業者指定口座への振込み

銀行名 尼崎信用金庫
店番 017 口座番号 普通 4213933
口座名義 株式会社ケアスタイル優

- ・現金支払い

※利用料のお支払いについて、支払いの期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いいただかない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくこととなります。

以上、本書につき双方の合意を証するため、本書2通を作成し、当事者双方

記名押印のうえ、各自1通を保有するものとします。

保険外サービス契約についての説明日

令和 年 月 日

事業者 所在地 兵庫県尼崎市若王寺 3-12-44-3

名称 株式会社ケアスタイル優

代表者 代表取締役 岸本 優 印

説明者 岸本 優 印

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印