

●〈入院セット〉サービスお申し込み～お支払いまでのながれ

サービス利用申込書の提出

所定のサービス利用申込書に記載していただき、受付へ提出してください。



初回サービスセットの配付

初回サービスと消耗品セットを配付いたします。



定期サービスセットの配付

定期的に基本セットの配付を行います。消耗品については必要に応じて配付します。



変更・停止届の提出

セット変更希望時や停止時に、変更/停止届を提出してください。

請求書の送付

月末締 翌月中旬頃にコンビニ振替の請求書を送付いたします。

コンビニでお支払い

請求書をご確認の上、お近くのコンビニでお支払いください。



●〈入院セット〉料金のお支払い方法について

ご請求書は月末締めでご利用月翌月の中旬頃にご自宅へ郵送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、毎月のお支払いになります。)

病院での入院費用とは別のお支払いとなります。
(病院窓口でのお支払いはできません)

料金のお支払方法はコンビニ払いとなります。



- ・請求書送付時に払込取扱票を同封させていただきます。
- ・お手元に届きましたら、期限内にお近くのコンビニエンスストアにてお支払いください。
- ・PayPay等モバイル決済アプリでコンビニ払込取扱票のバーコードを読み、お支払いも可能です。(お支払いが可能なモバイル決済アプリについては、請求書の裏面をご参照ください)
- ・別途、1払込票につき決済事務費用136円(税込)ご契約者様負担となります。

入院セットの料金は日額制です

- ・入院セットご利用期間中は、個別商品の利用数量に関わらず、レンタル期間の料金(日額×契約日数分)が発生します。
- ・退院日(午前中の退院も含む)も請求対象となります。

◎入院セットお問合せ窓口

運営管理・業務委託会社

小山メディカルサービス株式会社 大阪市中央区谷町9丁目1-18 アクセス谷町ビル8F



ご不明な点は下記のフリーダイヤルまで

0120-296-610

〈受付時間〉 9:00～17:00 月～金曜日 (土日祝・年末年始・お盆を除く)

尼崎中央リハビリテーション病院
介護医療院トワイエ尼崎

リハビリテーション病院専用

1 DAY



一日単位でレンタル可能

ご利用者さま・ご家族の皆さまへ

便利な「入院セットサービス」を
ご利用いただきますようお願いいたします。

入院セットサービスをご存知ですか？

入院セットサービスは、入院の際に必要なタオル・衣類・日用品などを1日単位でレンタルさせていただくサービスです。当院では、こちらの入院セットサービスをご利用いただきますようお願いいたします。

ご利用時に必要な日用品等の購入負担を軽減します

ご家族様が洗濯物を持ち帰るご負担を軽減します

ご利用者様の精神的負担を軽減します

殺菌・消毒・洗浄でいつも清潔で安心な商品をご提供します

入院セットレンタルサービス一覧／基本セット

Bセット【衣類・タオル類・日用品】

450円 (税込)
× ご契約日数



レンタル品

- 衣類
 - トレーナー上下 使用目安枚数 2～3枚/週
 - 前開き半袖シャツ 使用目安枚数
 - くつ下 各2～3枚/週
- タオル類
 - バスタオル 4枚/週
 - フェイスタオル 1枚/日

サービス品

Bセットをお申込みの方は、以下のアメニティが必要に応じて無料でご利用いただけます。

- ティッシュペーパー
- フタ付コップ
- 箸・スプーンフォークセット
- ウェットティッシュ
- 歯ブラシ
- 歯みがき粉



初回配付用バッグ

共用品としてご利用いただけます

- リンスインシャンプー
- ボディーソープ

ケアに応じて、スタッフの判断でご利用いただけます

- 食食用エプロン
- 入れ歯ケース
- 入れ歯洗浄剤
- 口腔ケアスポンジ & ジェル
- ストロー
- レジ袋

入院セットレンタルサービス一覧／オプションセット

オプションセットは基本セットと一緒に申し込み下さい。単体でのお申し込みはできません。

アンダーウェアセット

26円 (税込)
× ご契約日数



- アンダーウェア類
 - 申又 または ショーツ 使用目安枚数 2～3枚/週

入院セットサービス 申込書の書き方

※太枠内はすべてボールペン等消えないペンでご記入いただきますようお願いいたします。

入院・入所セットレンタル 申込書兼契約書

利用される方のお名前をご記入ください

利用者及びご契約者は、裏面の【利用約款】と【個人情報の取扱いに関する同意】の内容を確認の上で申し込みます。枠内をボールペン等(消えないもの)でご記入ください。

病院・施設名	尼崎中央リハビリテーション病院	ID		
申込日	2024年11月1日	部屋名	号室	
フリガナ	姓 コヤマ 名 タロウ	性別	男	
ご利用者	小山 太郎	性別	男	
利用者生年月日	M・T(S)・H・R 24年9月21日			
フリガナ	姓 コヤマ 名 ハナコ	性別	女	
ご契約者	小山 花子	性別	女	
ご契約者生年月日	M・T(S)・H 25年5月10日	ご利用者との続柄	妻	
ご契約者自宅住所	〒630-8131 奈良県奈良市大森町47番地の3 小山ハイツ101号			
ご契約者連絡先	自宅電話 0742-22-4321 携帯電話 090-1111-1111			
請求書送付先(保険会社等)	〒 都道府県 市郡			
上記連絡先	電話 担当者			
利用開始日	2024年11月1日			
利用セット	商品名(セット名)	衣類サイズ	レンタル料 日額単価(税込)	備考
	B セット	S M L LL	450 円	
	アンダーウェアセット	S M L LL	26 円	
	セット	S M L LL	円	
	おむつ セット		円	
おむつ セット		円		

お支払いされる方のお名前をご記入ください

1枚目の①弊社控に必ず捺印をお願いします

契約者様ご自宅の住所をご記入ください。請求書はこちらの住所にお送りいたします。電話番号も必ずご記入ください

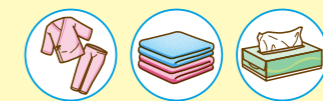
請求書送付先が上記住所と異なる場合はこちらにご記入ください。例：保険会社・代理人へ請求など

利用開始日は必ずご記入ください

セット名・金額を必ずご記入ください

入院セットサービスは利用者様、ご家族様の負担を軽減します。

入院セットサービスの詳細やお申込みは受付までお越しください。



※ 画像はすべてイメージです