

アメニティセットのご案内

南海田病院

患者様がご入院中に必要とされる『寝巻・紙おむつ・タオル類・日用品』等のレンタルを専門業者により導入しております。このレンタル方式はご入院をされる際、患者様やご家族様の手を煩わせずに患者様に以下のアイテムを必要なだけご使用していただくことが可能となります。ご利用には、別紙「申込書兼同意書」へのご記入が必要です。申込書をご提出されたその日からセットをご利用可能です。

基本セット

●Aタイプ 日額250円(税込275円)

寝巻類

(甚平・ゆかた・つなぎのいずれか)

タオル類

(バスタオル・フェイスタオル)



紙おむつセット

<おむつ①> 日額555円(税込611円)

【紙おむつを1日中使用される方】

<おむつ②> 日額388円(税込427円)

【紙おむつの使用量が多い方】

<おむつ③> 日額281円(税込309円)

【紙おむつをリハビリ程度使用される方】

<おむつ④> 日額210円(税込231円)

【紙おむつの使用量が少ない方】



オプション

●私物洗濯

基本セットもしくは紙おむつセットご利用の方

@550円(税込605円)
×洗濯物1kgあたり

基本セット・紙おむつセットどちらも未使用の方

@650円(税込715円)
×洗濯物1kgあたり

お支払方法については裏面をお読みください。

アメニティセットの料金の支払い方法について

ご請求は利用開始から1ヶ月毎締または終了日締で、ご請求書は「**締日後から3週間前後**」もしくは「**ご利用終了日から3週間前後**」で請求先に郵送させていただきます。

※アメニティセット利用料につきましては、入院会計とは別のお支払となります。

コンビニ・郵便局でのお支払

- 請求書送付時に払込用紙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もしくは郵便局でお支払いをお願いいたします。

A payment slip from Amenity Support System, dated 2022/11/01, for 5,000 yen. It includes a barcode and a request form with fields for name, address, and contact information.

↓ 写真の封筒にて
送付させていただきます。



口座振替

- 別紙「自動払込利用申込書」へ必要事項をご記入ください。
- 振替日は毎月末日となります。（休日の場合は翌営業日）
- 口座氏名や金融機関届出印の相違等でご登録が遅れた場合は、**払込用紙を送付**させていただく場合がございます。

A detailed form for automatic payment registration, titled '口座振替依頼書' (Automatic Payment Request Form). It includes sections for account information, bank details, and a declaration of accuracy.

※ご記入の際は、口座氏名と
届出印のご確認をお願いします。

問合せ先：株式会社アメニティ お客様相談室
電話番号： ☎ 0120-918-859
営業時間：9：30～17：00（土・日・祝日は休み）



アメニティセット利用に関する同意書

南海田病院長 殿

寝巻・タオル類の在庫が適切に準備できていない場合、若しくは個人的な洗濯物が適切に処理できていないと判断された場合には、下記セットを利用します。

また、紙おむつの利用が必要となる場合や、患者の病状・状態に応じて下記利用セットの変更が必要となる場合等、病棟スタッフによる判断に任せます。

《基本セット》寝巻類【基・平・ゆかた・つなぎ のいずれか】・タオル類【バスタオル・フェイスタオル】

● 275円（税込）× 利用日数

《紙おむつセット》紙おむつ等の1日分使用量にて設定

① 611円（税込）× 利用日数

② 427円（税込）× 利用日数

③ 309円（税込）× 利用日数

④ 231円（税込）× 利用日数

《オプション》私物洗濯

上記セットどちらかの利用者

605円（税込）× 洗濯物1kgあたり

上記セットどちらも未利用者

715円（税込）× 洗濯物1kgあたり

アメニティセットの利用について、十分な説明を受け理解しました。

利用開始時には、改めて利用に必要な『アメニティセット申込書兼同意書』へ記載の上【株式会社アメニティ】と契約する旨を同意します。

同意年月日	年 月 日 ⇐	利用開始日ではありません
利用金額	1日につき、上記プランに準ずる	説明者 説明日

フリガナ
患者氏名

印

連帯保証人（入院誓約書と同じ方の場合、下記住所記入は不要）

フリガナ
氏 名

印

〒 ー 電話 ()

住 所

注) 「1日につき」とは、午前0時から午後12時までを指します。

例えば、午後10時に入院、翌日午前10時に退院した場合は2日とカウントされます。