

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「入所セットサービス」を
ご利用いただきますようお願いします。

入所セットレンタルサービス一覧／基本セット

タオルセット

385 (税込)
円
× ご契約日数



レンタル品

● タオル類

- ◎ バスタオル
- ◎ フェイスタオル

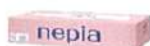
使用目安枚数

5枚／週
1枚／日

サービス品

タオル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
- ◎ ウェットティッシュ
- ◎ コップ
- ◎ 歯ブラシ
- ◎ 歯みがき粉



- ◎ ストロー
- ◎ ヘアブラシ
- ◎ マスク



共用品として、ご利用いただけます

- ◎ ボディーソープ
- ◎ リンスインシャンプー



ケアに応じて、スタッフの判断でご利用いただけます

- ◎ ストロー
コップ
- ◎ 食事用
エプロン
- ◎ 保湿
ローション
- ◎ 爪切り
- ◎ うがい受け
- ◎ 入れ歯容器
& 洗浄剤
- ◎ 義歯ブラシ



- ◎ 口腔ケアスポンジ&ジェル
- ◎ 口腔ケアシート
- ◎ 吸引ブラシ
- ◎ 口腔ケアブラシ
- ◎ 舌ブラシ



入所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。

トレーナーセット

130 (税込)
円
× ご契約日数



● 衣類

- ◎ トレーナー上下

使用目安枚数

3枚／週

肌着セット

50 (税込)
円
× ご契約日数



● アンダーウェア類

- ◎ 前開き半袖シャツ
- ◎ くつ下

使用目安枚数

各3枚／週

入所セットサービス 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。

小山メディカルサービス株式会社 御中

1

※弊社記入欄

入院・入所セットレンタル 申込書兼契約書

利用される方

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。

お支払いされる方
お名前をご記入ください

病院・施設名	介護老人保健施設やわらぎ		ID	
申込日	2025 年 6 月 1 日		部屋名	号室
フリガナ	姓 コヤマ	名 タロウ	性別	男・女
ご利用者	小山 太郎			
ご契約者生年月日	M・T (S) II・R	24 年 9 月 21 日	1 枚目の①弊社控に必ず捺印をお願いします	
フリガナ	姓 コヤマ	名 ハナコ	性別	男・女
ご契約者	小山 花子			
ご契約者生年月日	M・T (S) II	25 年 5 月 10 日	ご利用者との続柄	
ご契約者自宅住所	〒630-8131 奈良 郡 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

※保険会社・社会福祉協議会・代理人等へ請求書を送付する場合は、下記にご記入ください。

請求書送付先 (保険会社等)	〒 - 市 郡		
	【保険会社等の名称】		
上記連絡先	電 話	- -	担当者 様

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	2025 年 6 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
	タオル セット	S M L LL	385 円	
	トレーナー セット	S M (L) LL	130 円	
	肌着 セット	S M L LL	50 円	
	おむつ セット			

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

入所セットサービスは
利用者様、ご家族様の負担を軽減します。

入所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

●〈入所セット〉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。

●〈入所セット〉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、月毎のお支払いになります。)

施設での入所費用とは別のお支払いとなります。
(施設窓口でのお支払いはできません)



料金のお支払い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。

入所セットの料金は日額制です

- ・入所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。
- ・退所日(午前中の退所も含む)も請求対象となります。

◎入所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)

介護老人保健施設 やわらぎ

