

アメニティセットの料金のお支払方法について

ご利用内容をご確認いただき、下記のいずれかでお支払いをお願いいたします。

- コンビニエンスストア
- 郵便局
- キャッシュレス決済



写真の封筒にて送付させていただきます

※ 長期入院される方は口座振替も可能です。別途、手続きが必要となりますので、ご希望の方はお申し出ください。

お支払いの注意点

入院会計とは別のお支払いです。(病院窓口でのお支払いはできません。) ご利用開始日から**30日毎**または、**終了日毎**で発行いたします。締日後から**3週間前後**で請求先に**郵送**させていただきます。口座振替ご希望の方は**登録が完了するまで**上記請求書をお届けいたします。

お問合せ窓口



0120-918-859

【受付時間 土・日・祝日除く 9:30~17:00】



1700648

JIS21001-2006準拠

AMENITY CORPORATION

株式会社アメニティ

- 月曜日の午前中や、月の中旬頃はお電話が大変混み合いますので、お問合せのご回答までにお時間を頂戴する場合がございます
- ご連絡の際は、ご利用されている病院名をお知らせください
- このアメニティセットの内容及び価格等につきましては下記の病院のみにおいて適用されます

太田川病院

太田川病院へ
ご入院予定の皆さま・ご家族さま

アメニティセットのご案内

ご利用者様
ご家族様の負担を
軽減します

定額制による
お支払い

清潔な製品を
ご提供します

Q. サイズ感、種類について。

A. サイズの種類はS・M・L・LL・3L
男女兼用(ユニセックス)ですので大きめの作りです。

Q. 使用量が多いと追加料金は発生しますか？

A. 日額設定の為、使用量による追加料金は一切発生致しません。

Q. 申込書兼同意書は誰に渡せばいいですか？ Q. 外泊等で使用してない日も請求されるのか？

A. 予約入院の場合 入退院センターへご提出ください。 A. 外泊により、0時を基準として、24時間外出していた場合、その日の請求は発生致しません。ご入院当日の場合 病棟のスタッフ様へお渡し下さい。 ですので1泊2日の外泊は請求の対象です。

アメニティセットのご案内

アメニティセット申込書兼同意書 記入例

基本セット

寝巻・タオル類は殺菌消毒クリーニング付きレンタルです。

<Aタイプ> 日額 330円 (税込 363円)

- 寝巻類 いずれか [甚平・浴衣]
- タオル類 [バスタオル・フェイスタオル]
- 日用品 [下記参照]



※サンプル一例

<Bタイプ> 日額 270円 (税込 297円)

- タオル類 [バスタオル・フェイスタオル]
- 日用品 [下記参照]

～下記の日用品の必要なアイテムを必要の都度ご利用いただけます～

- 共有品: ボディソープ・リンスインシャンプー・保湿剤
 個人用: 歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケアスポンジ・入歯洗浄剤・入歯ケース・洗口液・コップ・ストロー・割箸・プラスチックスプーン・先割れスプーン・食事用エプロン・とろみ剤・おしぼり・ティッシュ・ウェットティッシュ・ボディタオル・T字カミソリ



テレビセット

※基本セット(A,B)への追加料金となります。テレビセット単体の申し込みも可能です。

<テレビセット> 日額 340円 (税込 374円)

- テレビセット



▼▼ A・Bいずれかをご利用中の方のみご利用いただけます ▼▼

オプション

<オプション①> 日額 180円 (税込 198円)

- 介護寝巻



<オプション②> 日額 180円 (税込 198円)

- 肌着・下着・靴下

ご利用の注意点

- 寝巻類・タオル類・介護寝巻・肌着・下着・靴下はレンタル品になっております。退院の際にはご返却をお願いします。
- 日用品の共有品は皆様でお使いいただく商品となりますので、院外への持ち出しはご遠慮ください。
- 途中でご利用を中止される場合はお声掛けください。お声掛けが無い場合、退院日までのご利用請求となってしまいます。

アメニティセット申込書(兼同意書)

株式会社アメニティは、太田川病院のご推薦により、患者様にご入院中に必要とされる『衣類・タオル類・日用品』等のレンタル商品を取り扱っている業者です。本レンタルは ①院内での衛生管理・環境整備のさらなる徹底 ②利用者様へのサービス向上とご家族への労力負担の軽減となります。

① ご希望のセット・オプションに✓をご記入下さい

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)	
<input checked="" type="checkbox"/> A	○寝巻 いずれか [甚平・浴衣] ○タオル類 [バスタオル・フェイスタオル] ○日用品 [下記参照]	330円(363円)	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> B	○タオル類 [バスタオル・フェイスタオル] ○日用品 [下記参照]	270円(297円)	×利用日数

【提供日用品類】※ 日用品類については、全てのアイテムがご使用可能ですが、患者様の症状によりお手元に届かないものもございます。必要な場合は病院スタッフにお申し出いただければお渡しいたします。

- 共有品: ボディソープ・リンスインシャンプー・保湿剤
 個人用: 歯ブラシ・歯磨き粉・口腔ケアスポンジ・入歯洗浄剤・入歯ケース・洗口液・コップ・ストロー・割箸・プラスチックスプーン・先割れスプーン・食事用エプロン・とろみ剤・おしぼり・ウェットティッシュ・ティッシュ・ボディタオル・T字カミソリ

【テレビセット】※基本セット(A,B)への追加料金となります。テレビセット単体の申し込みも可能です。

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)	
<input checked="" type="checkbox"/> TV	○テレビセット	340円(374円)	×利用日数

【オプション】※オプションのみのお申込みはできません。

タイプ	ご利用内容	ご利用金額(税込)	
<input checked="" type="checkbox"/> ①	○介護寝巻 [クリーニング付レンタル]	180円(198円)	×利用日数
<input checked="" type="checkbox"/> ②	○肌着・下着・靴下 [前開き半袖肌着・トランクス/ショーツ・靴下]	180円(198円)	×利用日数

中止届 中止日: 20 年 月 日 確認スタッフ:

② ご利用開始日をご記入ください

③ お申込み記入欄に必要事項をご記入ください

お申込み記入欄		●私はアメニティセットの利用にあたり、裏面記載内容を確認し申込みいたします。 ●私は契約者の同意を得て本書面の記入を代筆いたします。(契約者様と代筆者様が異なる場合)	
ID	病棟	病室	ご利用開始日 20 年 月 日
利用者様	フリガナ	フリガナ	利用者様との関係
	姓	名	
	ご利用者様 診察券ID・お名前		
代筆者様	フリガナ	フリガナ	契約者様との関係
	姓	名	
	代筆者様 お名前・続柄・電話番号		
	携帯電話	固定電話	
	ご契約者様 お名前・続柄・電話番号・住所(番地・部屋番号まで) 都道府県		
	ご明記ください。		
利用区分	新規	再利用	

