

入 所 誓 約 書

(医) 今野病院 グループホーム青葉 管理者 殿

貴認知症対応型共同生活介護施設に入所するにあたり、下記事項を守り、決して貴施設に迷惑をかけないことを確約します。

記

- 入所についての諸規則及び指示等は固く守ります。
- 入所料その他の諸料金は指定日までに必ず支払います。
- 退所の指示があった場合には、指示どおりに従います。
- 身元引受人の転居、変更の際にはその連絡をすみやかに届け、不在の場合又は連絡が取れない場合は、連帯保証人にて指示どおりにいたします。
- 連帯保証人は入所申込人および身元引受人より期日までに入所料および諸料金が支払われない場合は、その債務を連帯して負います。

以上

令和 年 月 日 入所		提出日 令和 年 月 日		
入 所 本 人	現住所	〒		
	氏 名	男 ・ 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日
入 所 申 込 人	住 所	〒		
	ふりがな氏 名	続柄	勤務先	
	電話番号	自宅 () -	携帯電話	- -
身 元 引 受 人	住 所	〒		
	ふりがな氏 名	続柄	勤務先	
	電話番号	自宅 () -	携帯電話	- -
連 帯 保 証 人	住 所	〒		
	ふりがな氏 名	続柄	勤務先	
	電話番号	自宅 () -	携帯電話	- -
	極度額	¥300,000 保証人が破産した場合や亡くなった場合は対象外となります。		

※₁入所される方が被扶養者の場合は扶養者の方が入所申込人となります。

※₂連帯保証人は入所される方とは別世帯であって、安定した所得のある方を原則とします。

また、連帯保証人と身元引受人はそれぞれ別の方がなられるようお願い致します。