

## ●〈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、月毎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込み、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。

## ●医療費控除について

- ・医療費控除は所得の一部が還元される制度です。おむつの費用については、医療費控除の対象となります。
- ・医療費の年間合計が10万円、所得金額の5%を超えた場合申告をすると税金の一部が戻ってきます。
- ・ご依頼いただきましたら、弊社より「おむつ支払証明書」を発行いたします。

1 医師に「おむつ使用証明書」を発行してもらいます。弊社より「おむつ支払証明書」を発行します。

2 「おむつ使用証明書」と「おむつ支払証明書」を確定申告の際に税務署へ申告します。

申請の詳細については、各自治体にお問い合わせください。

### ◎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)



マクシール病院

# 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。

## 入院セットレンタルサービス一覧／基本セット

**Aセット** 470円 (税込)  
× ご契約日数

- 衣類
- タオル類

### レンタル品

- 衣類



- 甚平タイプ
- ガウンタイプ
- 介護つなぎ

使用目安枚数  
いずれか  
3枚/週

- タオル類



- バスタオル 3枚/週
- フェイスタオル 1枚/日

使用目安枚数

**Bセット** 380円 (税込)  
× ご契約日数

- 衣類

### サービス品

A・B いずれかの基本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。



初回配付用  
バッグ

### 共用品として ご利用いただけます



### ケアに応じてスタッフの判断で、ご利用いただけます



## おむつセット

### ① 常用セット

480円 (税込)  
× ご契約日数



- おむつ類

- テープ止めタイプ  
又は パンツタイプ
- 尿取りパッド (昼用)
- 尿取りパッド (夜用)

使用目安枚数  
1枚/日  
3枚/日  
2枚/日

### ② 軽度セット

310円 (税込)  
× ご契約日数



- おむつ類

- テープ止めタイプ  
又は パンツタイプ
- 尿取りパッド (昼用)
- 尿取りパッド (夜用)

使用目安枚数  
1枚/日  
3枚/日  
1枚/日

## 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。

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

利用者(ご本人及びご契約者)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。

病院・施設名	マックシール異病院	ID		
申込日	2025年2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			
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・R 24年9月21日	ご利用者との続柄		
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)	〒 市区町村 市部			
上記連絡先	電話	担当者	様	
利用開始日	2025年2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
	A セット	S M L LL	470円	
	セット	S M L LL	円	
	セット	S M L LL	円	
	おむつ①常用セット		480円	
おむつ	セット		円	

※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。

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  
請求書をご自宅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