

追加利用申込書 (介護予防・日常生活支援総合事業)

本申込書記載事項、下記規約について同意し、本サービスを申し込みます。

FAX送信先 03-3662-3491 日本ケアコミュニケーションズ

担当 行

Ver. 20200803

【A欄】 事業所が複数ある場合は本申込書をコピーしてお使いください。

法人情報 (必須)

捺印がないものは無効です。

フリガナ		フリガナ	
法人名称		代表者名	



事業所情報 (必須)

事業所番号	フリガナ	
	事業所名	
フリガナ		電話番号
ご担当者 (管理者)		FAX番号

追加事業 (「別紙.サービス一覧表」より、弊社サービスに追加するサービスの番号に必ずチェックを入れて下さい。)

<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> A4	<input type="checkbox"/> A5
<input type="checkbox"/> A6	<input type="checkbox"/> A7	<input type="checkbox"/> A8	<input type="checkbox"/> A9	<input type="checkbox"/> AA
<input type="checkbox"/> AB	<input type="checkbox"/> AC	<input type="checkbox"/> AD	<input type="checkbox"/> AE	<input type="checkbox"/> AF

ご利用開始日 年 月 日 から 利用開始

ご注意!

「連携ネットワーク(ケアマネとの予実連携)」につきましては、
 ただいま準備中でございます。

記入 20 年 月 日

■ 本申込書に対する規約(C-1221)に同意します。

申込担当者署名

■ 当申込書のサービスのご利用料金発生開始は以下のとおりです。

20 年 月

■ 当申込書のサービスを利用するに際して、契約期間を下記に定めます。

契約期間 20 年 月 ~ 20 年 月末日

契約期間終了の1ヵ月前までに契約終了の意思表示が無い場合は自動的に更新します。
 更新後の退会については別紙規約の定めを適用するものとします。
 契約期間中に退会をする場合は、契約期間満了までの月額利用料をお支払い頂きます。

【B欄】

サービス名	参加費	月額利用料
<input type="checkbox"/> 【キャンビルネオ】	¥	¥

ご料金について

介護予防・日常生活支援総合事業は、
 ・指定事業所番号が同一になる場合
 ・別途付番される場合
 とがあり、キャンビルの料金が異なります。
 お申込み前に、指定事業所番号について保険者にご確認ください。

■ 事業所番号が同一の場合:

参加費 30,000円 (税抜/事業所番号)
 月額利用料 0円

■ 事業所番号が別途付番される場合:

⇒本「追加利用申込書」ではなく、
 「利用申込書」にてお申込みください。

参加費 30,000円 (税抜/事業所番号)
 月額利用料 3,000円 (税抜/事業所番号)

参加費合計

円 (税抜)

既に当社サービスをご利用され、ご利用料金をお引き落しさせていただいているお客様につきましては、
 毎月のご利用料金からお引き落しさせていただきます。

お振込のお客様につきましては、後日郵送にてお届けする請求書をご確認いただきご入金下さいませよう
 お願いいたします。

記載された情報は、本申込に関する当社からのご案内、ならびにお客様からのお問い合わせ等に対応する範囲で利用いたします。
 それ以外の目的(第三者への提供等)で利用することはありません。
 弊社プライバシーポリシーの情報はこちらのURLをご確認ください。⇒<https://www.care-com.co.jp/security/>

弊社使用欄

営業	アシスタント	承認	統括	定期	注文書	二次
----	--------	----	----	----	-----	----