

## 入院患者様及びご家族の方へ

### 入院時食事療養費に係るお知らせ

現在、食事料金について患者様のご負担は下記のとおりとなっております。

#### 記

- ① 一般の方                      1食につき 510円
- ② 住民税非課税の世帯に      1食につき 240円  
    に属する方(③を除く)
- ③ ②のうち、所得が一定      1食につき 110円  
    基準に満たない方など

尚、患者様のご都合(外出等)による食事の要・不要の届け出については、原則前日までにお知らせいただきますようお願い致します。

又、食事変更締切時間を過ぎてからの欠食の届け出は患者様の負担となりますのでご了承ください。

#### 【食事変更締切時間】

朝食 前日 15:00

昼食 当日 10:00

夕食 当日 14:00

以上

2025年4月

医療法人 聖比留会  
厚南セントヒル病院  
病院長

上記の件について、同意致します。

年 月 日

患者氏名又は

ご家族氏名 \_\_\_\_\_ 印