

ご利用規約

老犬ホーム暖家(以下、当会と記載)をご利用いただきありがとうございます。
お客様とワンちゃんが気持ちよく利用して頂くために下記のすべての項目において承諾及び同意していただきご署名と捺印をお願い致します。

- ① 初めてのご利用の際は、身分証明（免許証・マイナンバーカード等）と一年以内の狂犬病ワクチン証明書と混合ワクチン証明書（16歳以下）のコピーをいただきます。
- ② 入居前には必ずノミ、ダニ予防及びフィラリア予防をお願いします。
- ③ マウンティングがひどく他の犬に迷惑がかかる場合はサークル内にて過ごしていただきます。
- ④ ワンちゃんには必ず首輪を付けさせていただきます。
- ⑤ お預かり中にワンちゃんが飼い主様と離れてしまったことに起因する自傷行為やケガ、体調不良に対して当会は一切の責任を負いません。
飼い主様の匂いのついた物、食べ慣れたご飯、使っていたおもちゃやお皿などワンちゃんの不安が和らぎますのでご持参下さいますようお願いいたします。
- ⑥ お支払いについては初回は現金にて前払いお願いしております。
翌月より当会の口座へ毎月25日までに前払い分のお振込みをお願いいたします。
- ⑦ お預かり中、ご利用料金がお支払いいただけない場合は当会の判断で顧問弁護士にお願いし対応させていただきます。
- ⑧ お預かり中は万全を期してお預かりいたしますが、万が一怪我や病気など受診が必要と判断した場合、明らかに当会の不注意の事故や感染症と思われる場合は当会の責任で治療いたします。
それ以外の病気に関しては、飼い主様に説明とご理解いただいてから受診します。
(緊急時を除く)その際の治療費は月末にお預り金より精算させていただきます。
- ⑨ 現在、持病があり治療中のワンちゃんのご連絡なしで受診と投薬を行い毎月月末にお預り金から精算いたします。半分以下になりましたらご連絡致しますのでご入金をお願い致します
- ⑩ お預かり中の天災・持病・特異体質など不可抗力による怪我や死亡した場合は当会では一切の責任を負いかねますのでご了承ください。
- ⑪ ワンちゃんが月の途中で亡くなってしまっても日割り計算など返金は一切行っておりません。（半年分以上のおまとめ払いを除く）

※次に該当するワンちゃんはお預かり出来ません。

1. 狂犬病・混合ワクチン（5種以上）の接種を1年以内に受けていない。
2. ワクチン接種後1週間以上経過していない。

3. ノミ・ダニが多数寄生している。
4. 妊娠中、出産後60日以内である。
5. 無駄吠えがひどい、攻撃性が激しいワンちゃん

料金表 月額(半年以上ご利用の方)

	小型犬8Kgまで	中型犬～15Kgまで	大型犬～30Kgまで	超大型犬30Kg～
月払い	56,000円 税込61,600円	66,000円 税込72,600円	81,000円 税込89,100円	96,000円 税込105,600円
半年払い	301,000円 税込331,100円	361,000円 税込397,100円	451,000円 税込496,100円	541,000円 税込595,100円
一年払い	601,000円 税込661,100円	751,000円 税込826,100円	901,000円 税込991,100円	1,101,000円 税込1,211,100円
生涯払い	1,801,000円 税込1,981,100円	2,161,000円 税込2,377,100円	2,701,000円 税込2,971,100円	3,241,000円 税込3,565,100円

※お預り金一律60,000円（治療費に使用します。通院しなければ返金致します）

別途 寝たきりの子以外はノミ・フィラリア予防薬代金

必要な子はトリミング代金

保証金 100,000円（お支払いに滞りが無ければ返金致します。）

※10歳以上の犬の長期・終生の預かり料金についてご案内します。

利用可能期間は3ヶ月からです。※料金には食事とオムツ代は含まれていません。

※終生預かりの場合、預かり開始後90日以内にお亡くなりになった場合、以下の通り返金致します。（半年払い以上の方）

- ・ 30日以内にお亡くなりになった場合、料金の70%を返金
- ・ 30日を超過60日以内にお亡くなりになった場合、料金の60%を返金
- ・ 60日を超過90日以内にお亡くなりになった場合、料金の50%を返金
- ・ 90日を超過した場合の返金はいたしません。

※飼い主様都合により退去される際は30日以内であっても返金はされません。

個人情報取り扱いについて

- ・ 当会ではお客様から頂いた個人情報、ワンちゃんの情報に関しまして厳重に管理致します。
- ・ 個人情報保護法を遵守して管理しますが、次の情報は提供します。
(A)緊急時対応での診察、治療、入院など病院への必要情報開示
(B)連絡の無いお客様を探す際はお客様情報の第三者への開示。

以上、すべての利用規約項目について承諾・同意いたします。

年 月 日

氏名 印

