

中山町産後ケア事業委託業務完了報告書兼請求書

中山町長 様

医療機関・施設名
所在地
代表者氏名
電話番号

年 月分の委託業務が完了したので、産後ケア事業業務委託契約に基づき委託料を請求します。

請求金額 円

（請求明細）

委託業務		単 価	利用数	金 額
宿泊型	住民税課税世帯	1泊 25,500円	泊	円
	多胎加算（住民税課税世帯）	1泊 3,600円	泊	円
	非課税・生活保護世帯	1泊 27,000円	泊	円
	多胎加算（非課税・生活保護世帯）	1泊 4,000円	泊	円
日帰り型	住民税課税世帯	1日 8,500円	日	円
	多胎加算（住民税課税世帯）	1日 1,260円	日	円
	非課税・生活保護世帯	1日 9,000円	日	円
	多胎加算（非課税・生活保護世帯）	1日 1,400円	日	円
訪問型	住民税課税世帯	1回 8,000円	回	円
	多胎加算（住民税課税世帯）	1回 1,160円	回	円
	非課税・生活保護世帯	1回 8,500円	回	円
	多胎加算（非課税・生活保護世帯）	1回 1,300円	回	円
合計				円

振込先	金融機関	銀行 農協	支店
	口座種別	普通 ・ 当座	
	口座番号		
	フリガナ		
	口座名義人		

検収者