

第4号様式（第9条関係）

新発田市産後ケア事業委託料請求書

年 月 日

(宛先) 新発田市長

所在地
委託医療機関等名

代表者名 印

新発田市産後ケア事業実施要綱第9条第1項の規定により委託料を下記のとおり請求します。

記

1 請求額 _____ 円

(内訳)

サービス種類	委託料[A]	実施数[B]	金額[A×B]
宿泊型	円	日	
デイサービス型	円	回	
アウトリーチ型	円	回	
合 計			

2 振込先

金融機関	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協	本店 支店
口座の種類	当 座	普 通
口座番号		
(フリガナ) 口座名義		

(備考) 委託料の請求にあたっては、利用者に渡す領収書のコピーを添付してください。