

第4号様式

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
委託産後ケア施設名

代表者名 印

新発田市産後ケア事業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	20,500 円	日	円
多胎児加算	5,000 円	日	円
市民税非課税	23,000 円	日	円
デイサービス型	12,000 円	回	円
多胎児加算	3,000 円	回	円
アウトリーチ型	11,500 円	回	円
多胎児加算	2,000 円	回	円
合 計			円

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。