

諏訪市産後ケア宿泊・通所型事業委託料請求書

年 月 日

(宛先)諏訪市長

医療機関等
所在地
名称
代表者氏名

諏訪市産後ケア宿泊・通所型事業の委託料(年 月分)を下記のとおり請求します。

記

請求金額 (消費税及び地方消費税を含む。)		円			
請求金額の内訳	区分	単価 (消費税及び地方消費税を含む。)	実績件数(1人1日 を1件とする。)	金額	
	宿泊型	生活保護受給世帯及び 市民税非課税世帯の利用者	1人当たり 円/日	件	円
		上記以外の利用者	1人当たり 円/日	件	円
	通所型	生活保護受給世帯及び 市民税非課税世帯の利用者	1人当たり 円/日	件	円
		上記以外の利用者	1人当たり 円/日	件	円
	多胎加算 宿泊型	生活保護受給世帯及び 市民税非課税世帯の利用者	1人当たり 円/日	件	円
		上記以外の利用者	1人当たり 円/日	件	円
	多胎加算 通所型	生活保護受給世帯及び 市民税非課税世帯の利用者	1人当たり 円/日	件	円
		上記以外の利用者	1人当たり 円/日	件	円
	合 計 (消費税及び地方消費税を含む。)				

【振込先】

金融機関	銀行・組合・金庫 農協・ゆうちょ銀行	本店 支店・支所
口座の種類	当 座 ・ 普 通	
フリガナ 口座名義	口座番号	

発行責任者 担当者	連絡先 連絡先
--------------	------------