

益城町 長 様

事業所名	
所在地(住所)	
代表者名	

益城町 産後ケア事業委託料請求書

令和 年 月分について、次のとおり請求します。

請求金額 円

1. 請求内訳 ※入力時、単位(円、件)は不要です

利用種別	世帯区分	件数・単位 (件 等)	金額 (円)	利用種別	世帯区分	件数・単位 (件 等)	金額 (円)
短期入所型	課 税			通所型	課 税		
	非課税				非課税		
	生活保護				生活保護		
	その他※				その他※		
	計				計		
居宅訪問型	課 税						
	非課税						
	生活保護						
	その他※						
	計						
その他加算等 ※加算の内容を ()に記載	課 税			その他加算等 ※加算の内容を ()に記載	課 税		
	非課税				非課税		
	生活保護				生活保護		
	その他※				その他※		
	計				計		
その他加算等 ※加算の内容を ()に記載	課 税			その他加算等 ※加算の内容を ()に記載	課 税		
	非課税				非課税		
	生活保護				生活保護		
	その他※				その他※		
	計				計		
旅費			事務手数料				

※その他には、課税・非課税等関係なく統一した委託料や加算の場合に記載してください。

※その他加算等には多胎児加算や旅費、回数による補助額加算等の加算を記載してください。
その際に、通常の利用料は換算せず、加算分のみの金額を記載してください。

※その他加算において、単価がない場合(月毎の旅費を一斉に請求する場合は単価を合計額とし単位を(一式)としてください。

2. 振込先

プルダウンで選択↓

プルダウンで選択↓

金融機関名	金融機関コード		店舗コード		種別
	種 別	←プルダウンで選択			プルダウンで選択↑
	口座番号				
	ゆうちょ銀行	-			
	フリガナ				
	口座名義				

データで提出する場合で押印廃止する場合は、以下に入力してください。

書類発行責任者氏名:	連絡先(電話番号):
担当者氏名:	連絡先(電話番号):