

令和 年 月 日

吹 田 市 長 様

吹田市産後ケア業務委託料 請求書

名称	
所在地	
代表者名	印

令和 年 月分の吹田市産後ケア業務に係る委託料を委託契約書に基づき
下記のとおり請求いたします。

請求金額	円
------	---

請求内訳

デイサービス型(短時間) 課税世帯	日 × 14,000 円 =	円
デイサービス型(短時間) 課税世帯【多胎児加算】	人 × 2,100 円 =	円
デイサービス型(短時間) 非課税・生活保護世帯	日 × 14,500 円 =	円
デイサービス型(短時間) 非課税・生活保護世帯【多胎児加算】	人 × 2,100 円 =	円
キャンセル	件 × 4,000 円 =	円

(初回請求及び、振込先変更の場合のみ振込先を記入)

振込先	金融機関および 支店名	銀行 支店		
普通 ・ 当座	口座 番号		フリガナ	
			名義人	