

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

宿泊型 課税世帯		泊×	52,000 円＝	円
宿泊型 課税世帯(日数追加)		日×	26,000 円＝	円
宿泊型 課税世帯【多胎児加算】		人×	7,200 円＝	円
宿泊型 課税世帯【多胎児加算】(日数追加)		日×	3,600 円＝	円
宿泊型 非課税・生活保護世帯		泊×	53,800 円＝	円
宿泊型 非課税・生活保護世帯(日数追加)		日×	26,900 円＝	円
宿泊型 非課税・生活保護世帯【多胎児加算】		人×	7,200 円＝	円
宿泊型 非課税・生活保護世帯【多胎児加算】(日数追加)		日×	3,600 円＝	円
キャンセル		件×	3,000 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	金融機関名および 支店名		銀行	支店
普通 ・ 当座	口座 番号		フリガナ	
			名義人	