

令和 年 月 日

吹田市 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 課税世帯	日 × 16,500 円 =	円
デイサービス型 課税世帯【多胎児加算】	人 × 2,700 円 =	円
デイサービス型 非課税・生活保護世帯	日 × 17,100 円 =	円
デイサービス型 非課税・生活保護世帯【多胎児加算】	人 × 2,700 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		