

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

宿泊型 課税世帯		泊× 51,000 円＝	円
宿泊型 課税世帯(日数追加)		日× 25,500 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× 52,800 円＝	円
宿泊型 非課税・生活保護世帯(日数追加)		日× 26,400 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

(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	