

様式第6号（第11条関係）

波佐見町産後ケア事業委託料請求書（ 年度 月分）

年 月 日

波佐見町長 様

住 所 〒 ー

名 称

氏 名 ⑧

電話番号

下記のとおり請求します。

利用種別(利用形態等)		単価	件数	金額
デイケア		3時間	7,200円	件 円
		7時間	16,800円	件 円
	多胎児加算	3時間	1,000円	件 円
		7時間	2,000円	件 円
ショートステイ		1泊2日	30,000円	件 円
		2泊3日	60,000円	件 円
	多胎児加算	1泊2日	4,400円	件 円
		2泊3日	6,600円	件 円
訪問ケア		6,000円	件 円	
	多胎児加算	1,000円	件 円	
合 計				円

振込先

銀行名	銀行 支店	種別	( 当座 ・ 普通 )
口座番号		フリガナ	
		口座名義	