

記入例

所在地
医療機関等名
代表者名

㊤

産後ケア事業費用委託料請求書（宿泊型）

産後ケア事業（ 年 月分）実施分について、下記のとおり請求いたします。

町発行の利用決定通知書をご確認ください。

医療機関設定の利用料になります。

記

請求金額

金 97,500 円

項目	単価 (A)	自己負担額 (B)	利用者合計日数 (C)	委託料 (D) = (A - B) × C
課税世帯	30,000 円	3,000 円	2 日	54,000 円
非課税世帯	円	0 円	日	円
生活保護世帯	30,000 円	0 円	1 日	30,000 円
加算額（課税世帯）	15,000 円	1,500 円	1 日	13,500 円
加算額（非課税世帯）	円	0 円	日	円
加算額（生活保護世帯）	円	0 円	日	円

【振込先】

金融機関名	銀行 農協 信用組合		本店 支店 支所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			

記入例

所在地
医療機関等名
代表者名

㊤

産後ケア事業費用委託料請求書（通所型）

産後ケア事業（ 年 月分）実施分について、下記のとおり請求いたします。

町発行の利用決定通知書をご確認ください。

医療機関設定の利用料になります。記

請求金額

金 138,000 円

項目	単価 (A)	自己負担額 (B)	利用者合計日数 (C)	委託料 (D) = (A - B) × C
課税世帯	20,000 円	2,000 円	5 日	90,000 円
非課税世帯	円	0 円		円
生活保護世帯	20,000 円	0 円	1 日	20,000 円
加算額（課税世帯）	10,000 円	1,000 円	2 日	18,000 円
加算額（非課税世帯）	円	0 円	日	円
加算額（生活保護世帯）	10,000 円	0 円	1 日	10,000 円

【振込先】

金融機関名	銀行 農協 信用組合		本店 支店 支所
預金種目	普通 ・ 当座	口座番号	
フリガナ			
口座名義			