

佐々町産後ケア事業委託料請求書 (年 月分)

年 月 日

佐々町長 様

住 所 〒

事業所(者)名

印

電話番号

下記のとおり請求します。

区分	利用種別(利用形態等)		単価	件数	金額
一般世帯	ショートステイ(母子利用)	1泊2日	30,000 円	件	円
		2泊3日	60,000 円	件	円
	ショートステイ(母のみ利用)	1泊2日	20,000 円	件	円
		2泊3日	40,000 円	件	円
	デイサービス	3時間まで	7,200 円	件	円
		7時間まで	16,800 円	件	円
訪問ケア	2時間まで	6,000 円	件	円	
乳児が多胎児の世帯	ショートステイ	1泊2日	円	件	円
		2泊3日	円	件	円
	デイサービス	3時間まで	円	件	円
		7時間まで	円	件	円
	訪問ケア	2時間まで	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	

(右から詰めて記入してください。)