

様式第4号(第15条関係)

燕市産後ケア事業委託料請求書

年 月 日

燕市長 様

所在地

委託医療機関等名

代表者名 ㊟

燕市産後ケア事業実施要綱第15条の規定により、次のとおり請求します。

1 請 求 額 円

内 訳	実施日(回)数	単 価	金 額
宿泊型	日	円	円
デイサービス型	回	円	円
アウトリーチ型	回	円	円
合 計	日(回)		円

2 振 込 先

金融機関	銀行・信金 労金・信組 農協・漁協 本店 支店
口座の種類	当座 ・ 普通
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	

(備考) 委託料の請求にあたっては、利用者に渡す領収書のコピーを添付してください。

《 発行責任者及び担当者 》

	役職	氏名	電話連絡先
発行責任者			
担 当 者			