

市内

## 周南市産後ケア委託料請求書

年 月 日

(あて先) 周 南 市 長

医療機関所在地  
(請求者) 法 人 名  
医 療 機 関 名  
代表者名(肩書・氏名)

印

※代表者印を省略される場合は、下部の担当者欄の記載が必要です。

請求金額 円

(内訳明細)

内容区分	日数	1日あたりの単価(円)	請求金額(円)
産後ショートステイ(宿泊)		15,000	
ハイリスク加算(宿泊)		7,000	
産後デイケア(日帰り)		8,000	
ハイリスク加算(日帰り)		7,000	
計			

月実施分について、上記のとおり請求いたします。

担当者 ※この請求について問い合わせ対応可能な方を記載してください。

担当者名： (連絡先： )

令和8年度