

周南市産後ケア委託料請求書

年 月 日

(あて先) 周 南 市 長

(請求者) 医療機関所在地
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。

なお、支払いにあたっては、下記の口座に振込をお願いします。

(振込先の口座情報を当市にご登録されている場合は記入不要です。但し、変更があった場合はご連絡願います。)

銀行・金庫 農協	本店・支店 本所・支所	普通・当座・ ()	口座番号
(フリガナ)			
口座名義			

(注) 口座名義の記入にあたっては、金融機関にご登録されている口座情報を必ずご確認の方をお願いします(略記不可)

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 :)