

様式第9号 (第11条関係)

産後ケア事業委託料請求書

年 月 日

周 防 大 島 町 長 様

所在地
名称
代表者名

印

年 月実施分について、下記のとおり請求いたします。

請求金額 _____ 円

<内訳明細>

内 容	日 数	単 価 (円)	金 額 (円)
ショートステイ		15,000円	
デイサービス		8,000円	
アウトリーチ		8,000円	
多胎児加算		7,000円	
計			

振 込 口 座	銀行 信用金庫 組合	支店 支所	口座番号 (普通・当座)					
	口座名義 (フリガナ)							