

垂水市長 殿

所在地

医療機関等名

代表者名
----- 印
担当者

連絡先（電話番号）

垂水市産後ケア事業実績報告書兼請求書（ 月分）

このことについて、委託契約に基づき、以下のとおり報告及び請求いたします。

| 基本利用者 | | 利用数 | 委託料 | | 利用者負担徴収分 | | | 請求額 | 県補助利用者 |
|-------|-----------|-----|-----|--------|----------|-------|--------|----------|------------|
| | | | 単価 | 合計 (A) | 利用数 | 単価 | 合計 (B) | 合計 (A-B) | (備考) ※市記入欄 |
| 短期入所型 | 市民税課税世帯 | | | | | 1,500 | | | |
| | 市民税非課税世帯 | | | | | 500 | | | |
| | 生活保護受給者世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 通所型 | 市民税課税世帯 | | | | | 500 | | | |
| | 市民税非課税世帯 | | | | | 200 | | | |
| | 生活保護受給者世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 居宅訪問型 | 全世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 合計 | | | | | | | | | |

| 多胎児（加算額） | | 利用数 | 委託料 | | 利用者負担徴収分 | | | 請求額 | 県補助利用者 |
|----------|-----------|-----|-----|--------|----------|-----|--------|----------|------------|
| | | | 単価 | 合計 (A) | 利用数 | 単価 | 合計 (B) | 合計 (A-B) | (備考) ※市記入欄 |
| 短期入所型 | 市民税課税世帯 | | | | | 750 | | | |
| | 市民税非課税世帯 | | | | | 250 | | | |
| | 生活保護受給者世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 通所型 | 市民税課税世帯 | | | | | 250 | | | |
| | 市民税非課税世帯 | | | | | 100 | | | |
| | 生活保護受給者世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 居宅訪問型 | 全世帯 | | | | | 0 | 0 | | |
| 合計 | | | | | | | | | |

| | |
|------------|--|
| 市記入欄 | |
| 担当者 確認印 | |
| 年 月 日 | |

| | | | | |
|----------------|---------------------|--------|--|--|
| 請求総額 | | | | |
| 金融機関名 | | 金融機関番号 | | |
| 支店名 | | 支店番号 | | |
| 口座区分 | 1 普通 2 当座 3 その他 () | | | |
| 口座番号 | | | | |
| (フリガナ) 口座名義 | | | | |