（様式7号）

三田市産後ケア事業　請求書

三田市長　様

産後ケア事業（〇年〇月分）について、下記のとおり請求します。

請求額　￥　0　円

令和　　年　　月　　日

請求者			
所在地	〒		
名称			
発行責任者部署・氏名			
発行担当者部署・氏名			
電話番号		メールアドレス	

【振込先】

金機関名	銀行・信用金庫	支店	支店コード	口座種別	1普通 2当座
（フリガナ） 口座名義人		口座番号			

【集計表】

※ 黄色セル は自動計算のため入力しないでください。

	発行番号	利用者氏名	所得区分		利用数			加算		委託料					合計請求額
					宿泊型	通所型	訪問型			基本額		加算			
			課税世帯	非課税・生活保護世帯	延日数	延時間数	延時間数	多胎加算	要支援加算	宿泊：延日数金額 通所：延時間金額 訪問：延時間金額		多胎（課税世帯）	多胎（非課税世帯）	要支援	
1										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
2										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
3										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
4										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
5										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
6										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
7										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
8										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
9										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
10										宿泊	0	0	0	0	0
										通所	0	0	0	0	
										訪問	0	0	0	0	
合計			0	0	0	0	0	0	0						

総合計金額	0