

三田市産後等ヘルパー派遣事業月別請求書

三田市長 様

令和 年 月分

令和 年 月 日

三田市産後等ヘルパー派遣事業実施要綱の第 8 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて、下記のとおり請求します。

住所								
法人・事業者名				電話 () -				
代表者 肩書・氏名								
	振込先 金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協			本店 ・ 支店 ・ 出張所			
	フリガナ 口座名義人							
	口座番号	普通 ・ 当座						

発行責任者		連絡先	00 - 000 - 0000	e-mail	*****
発行担当者		連絡先	00 - 000 - 0000	e-mail	*****

※確認のため、記載連絡先には必要に応じてこちらからご連絡させていただく場合があります。

下記のとおりサービスを実施したので、委託料を請求します。

①当月実施時間_____時間×3,500 円=_____円 (1歳未満の多胎児を養育する家庭)

②当月実施時間_____時間×3,000 円=_____円 (上記以外の乳児を養育する家庭)

③当月前日 17 時以降のキャンセル・変更回数_____回×1,860 円=_____円

①+②+③合計

請求金額 _____ 円

※実施時間は当月分のみを記載すること

担当者 _____
 連絡先・電話番号 () - _____
 連絡先・E-mail _____