

年 月 日

村山市産後ケア事業委託料請求書

村 山 市 長 あて

所在地

医療機関等名

代表者名

印

村山市産後ケア事業委託料を下記のとおり請求します。

請求金額

円 (消費税非課税)

内訳 年 月分

内訳	泊(日)数	単価(円)	金額
短期入所型 費用負担あり	泊		
短期入所型 費用負担なし	泊		
短期入所型 多胎児加算 費用負担あり	泊		
短期入所型 多胎児加算 費用負担なし	泊		
通所型 費用負担あり	日		
通所型 費用負担なし	日		
通所型 多胎児加算 費用負担あり	日		
通所型 多胎児加算 費用負担なし	日		
居宅訪問型 費用負担あり	日		
居宅訪問型 費用負担なし	日		
居宅訪問型 多胎児加算 費用負担あり	日		
居宅訪問型 多胎児加算 費用負担なし	日		
合計			

振込先

金融機関名	銀行 信用金庫 農 協 本・支店						
口座の種類	<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通						
口座番号							
フリガナ							
口座名義							

【お問い合わせ】村山市こども家庭センター ぽっぴーるーむ

〒995-0034 村山市楯岡五日町 14-20 飴葉プラザ 2階 ☎0237-22-9981