様式第９号（第１２条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

鮭川村産後ケア費用助成事業委託料請求書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月分　　　下記のとおり請求する。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

所在地

代表者名

鮭川村長　様

請求金額　　　　　　　　　　　　　円

１　請求額（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用内容 | 単価 | 件数 | 金額 |
| 通所型産後ケア１回目 | 円 | 件 | 円 |
| 通所型産後ケア２回目 | 円 | 件 | 円 |
| 訪問型産後ケア１回目 | 円 | 件 | 円 |
| 訪問型産後ケア２回目 | 円 | 件 | 円 |
| ※訪問型産後ケア１回目  （生活保護世帯） | 円 | 件 | 円 |
| ※訪問型産後ケア２回目  （生活保護世帯） | 円 | 件 | 円 |
| 合計金額 | | 円 | |

※については、交通費が加算された場合、交通費を含めた金額を記載。

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 銀行  　　　　　　　　信用金庫　　　　　　　　　　　　支店  　　　　　　　　農協 |
| 口座の種類 | 当座　・　普通 |
| 口座番号 |  |
| （ふりがな）  口座名義 |  |