**北九州市産後ケア事業請求書**

様式第４号

令和　　　年　　　月　　　日

北九州市長　様

住所

委託事業者名

代表者氏名

　　　年　　　月分の利用料について、下記のとおり請求します。

記

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　円

＜内　　訳＞

【一般世帯】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 利用者内訳 | 利用料 | 利用数 | | 金額（円） |
| 宿泊型 | 公費負担額 | 34,000円 | 泊 | |  |
| 多胎加算 | 5,000円 | 泊 | |  |
| 通所型 | 公費負担額 | 10,000円 | 日 | |  |
| 多胎加算 | 3,000円 | 日 | |  |
| 通所型  （短時間） | 公費負担額 | 5,000円 | 日 | |  |
| 多胎加算 | 2,000円 | 日 | |  |
| 居宅訪問型 | 公費負担額 | 7,800円 | 回 | |  |
| 多胎加算 | 3,000円 | 回 | |  |
| 小計 |  |

【減免世帯】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施内容 | 利用者内訳 | 利用料 | 利用数 | | 金額（円） |
| 宿泊型 | 公費負担額 | 36,000円 | 泊 | |  |
| 多胎加算 | 5,000円 | 泊 | |  |
| 通所型 | 公費負担額 | 10,700円 | 日 | |  |
| 多胎加算 | 3,000円 | 日 | |  |
| 通所型  （短時間） | 公費負担額 | 5,350円 | 日 | |  |
| 多胎加算 | 2,000円 | 日 | |  |
| 居宅訪問型 | 公費負担額 | 8,500円 | 回 | |  |
| 多胎加算 | 3,000円 | 回 | |  |
| 小計 |  | |