

天栄村産後ケア事業委託料請求書

天栄村長 様

住 所

名 称

代表者名

印

次のとおり産後ケア事業委託料を請求します。(年 月分)

請求額 _____ 円

【内 訳】

宿泊ケア (1泊2日)	@	円 ×	人
宿泊ケア (1日追加加算分)	@	円 ×	人
日帰りケア	@	円 ×	人
訪問ケア	@	円 ×	人

【振込先金融機関】

_____ 銀行 農 協
信用金庫 信用組合 _____ 支店

口座種類 普通 ・ 当座 口座番号 _____

(フリガナ)
口座名義人 _____

※口座名義人が上記請求者（契約者）と異なる場合は、振り込むことができません。
また、通帳口座名義と相違する場合は、振り込むことができません。