

年 月 日

池 田 市 長 様

池田市産後ケア事業委託料請求書

住 所

事業者名

代表者名

印

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>

【市民税課税世帯】

宿泊型	市負担額	日 × 27,500 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 9,500 円 =	円
通所型	市負担額	日 × 12,500 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 4,750 円 =	円

【市民税非課税世帯、生活保護世帯】

宿泊型	市負担額	日 × 28,750 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 9,750 円 =	円
通所型	市負担額	日 × 13,750 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 4,875 円 =	円