

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>

【一般世帯】

宿泊型	公費負担額	日 × 25,000 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 4,000 円 =	円
通所型	公費負担額	日 × 12,500 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 2,000 円 =	円

【減免世帯】

宿泊型	公費負担額	日 × 27,500 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 4,250 円 =	円
通所型	公費負担額	日 × 13,750 円 =	円
	多胎児加算額	日 × 2,125 円 =	円