（様式第７号）

# 加西市産後ケア事業　請求書

加西市長　様

　産後ケア事業（　　　年　　月分）について、下記のとおり請求します。

請求額　　￥ 円

## 年　　　月　　　日

実施事業所 所在地名名称

【振込先】　 代表者名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金機関名 | 銀行・信用金庫 | 支店 | | 口座種別 | 1普通 |
| ２当座 |
| （フリガナ）  口座名義人 |  | 口座番号 |  | | |
| 請求書  記入者 |  | 連絡先電話 |  | | |

【集計表】 (※1)EPDS高値（9点以上）⇒1　8点以下⇒0 実施なし⇒空欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 発行番号 | 利用者  氏名 | 利用数 | | | | | | EPDS高値 | 今後  方針 | | 加算 | | 所得  区分 | | 委託料  宿泊  １日あたり  通所  １時間あたり  訪問  １時間あたり | 利用日／時間 | 合計  請求額 |
| 宿泊型 | | 通所型 | | 訪問型 | | 延回数（　※1） | 延回数 | | 延回数 | | 延回数 | |
| 延回数 | 延日数 | 延回数 | 延時間数 | 延回数 | 延時間数 | 支援不要 | 要支援 | 多胎加算 | 要支援加算 | 課税世帯 | 非課税世帯 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 計 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 型ごとの実人数 | 宿泊型 | 通所型 | 訪問型 |
|  |  |  |