

北九州市産後ケア事業実績報告書兼請求書 (年 月分)

北九州市長 宛

事業所名 _____

住所 _____

代表者氏名 _____

連絡先 _____

北九州市産後ケア事業について、以下のとおり実施しましたので委託料を請求します。

記

請求金額 _____ 円

<内訳>

宿泊型	A 住民税課税世帯	34,000 円 ×	泊 =	円
	B 住民税非課税世帯	36,000 円 ×	泊 =	円
	C 生活保護世帯	36,000 円 ×	泊 =	円
通所型	A 住民税課税世帯	10,000 円 ×	日 =	円
	B 住民税非課税世帯	10,700 円 ×	日 =	円
	C 生活保護世帯	10,700 円 ×	日 =	円
通所型 (短時間)	A 住民税課税世帯	5,000 円 ×	回 =	円
	B 住民税非課税世帯	5,350 円 ×	回 =	円
	C 生活保護世帯	5,350 円 ×	回 =	円
訪問型	A 住民税課税世帯	7,800 円 ×	回 =	円
	B 住民税非課税世帯	8,500 円 ×	回 =	円
	C 生活保護世帯	8,500 円 ×	回 =	円

【多胎(2人目以降の1人につき)加算】

宿泊型	A 住民税課税世帯	5,000 円 ×	泊 =	円
	B 住民税非課税世帯	5,000 円 ×	泊 =	円
	C 生活保護世帯	5,000 円 ×	泊 =	円
通所型	A 住民税課税世帯	3,000 円 ×	日 =	円
	B 住民税非課税世帯	3,000 円 ×	日 =	円
	C 生活保護世帯	3,000 円 ×	日 =	円
通所型 (短時間)	A 住民税課税世帯	2,000 円 ×	回 =	円
	B 住民税非課税世帯	2,000 円 ×	回 =	円
	C 生活保護世帯	2,000 円 ×	回 =	円
訪問型	A 住民税課税世帯	3,000 円 ×	回 =	円
	B 住民税非課税世帯	3,000 円 ×	回 =	円
	C 生活保護世帯	3,000 円 ×	回 =	円

※消費税非課税対象(消費税法施行令第14条の3第7号)。

請求者番号 _____
 (請求者番号の下6桁を記)