

筑紫野市産後ケア事業請求書

年 月 日

(宛先)筑紫野市長

所在地  
名称  
代表者氏名  
電話

印

年 月分の産後ケア事業利用料として、筑紫野市産後ケア事業実施要綱第 10 条第 1 項の規定により下記金額を請求します。

記

金額 円

<内 訳>

宿泊型	市民税課税世帯	27,555 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	30,555 円 × 日 = 円
通所型 (デイサービス)	市民税課税世帯	18,370 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	20,370 円 × 日 = 円
通所型 (母乳育児相談)	市民税課税世帯	6,500 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	7,000 円 × 日 = 円
訪問型	市民税課税世帯	13,000 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	14,000 円 × 日 = 円

多胎加算（2 人目以後）

宿泊型	市民税課税世帯	13,778 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	15,278 円 × 日 = 円
通所型 (デイサービス)	市民税課税世帯	9,185 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	10,185 円 × 日 = 円
通所型 (母乳育児相談)	市民税課税世帯	3,250 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	3,500 円 × 日 = 円
訪問型	市民税課税世帯	6,500 円 × 日 = 円
	市民税非課税世帯・生活保護	7,000 円 × 日 = 円

金融機関名		店 名	
口座種別	1 普通 2 当座	口座番号	
フリガナ 口座名義			

債権者コード	
--------	--