

西脇市産後ケア利用費請求書

令和 年 月 日

西脇市長 様

(指定医療機関等)所在地
名 称
代表者
連絡先

印

西脇市産後ケア利用助成事業実施規程第8条の規定により、産後ケア委託料を次のとおり請求します。

請求金額 円

令和 年 月分(内訳) (※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								E P D S 高 値 (延 回 数) (※1)	今後 方針 (延 回 数)		加算 (延 回 数)		所得 区分 (延 回 数)		委託料 (基本額＋加算)	利用数	合計請求額
		宿 泊 型 ケ ア	通 所 型 ケ ア		訪 問 型 ケ ア		授 乳 指 導 型 ケ ア	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					
			延 回 数	延 日 数	延 回 数	延 時 間 数									延 回 数	延 時 間 数			
1																宿泊型ケア	円	日	
																通所型ケア	円	時間	
																訪問型ケア	円	時間	
																授乳指導型ケア	円	回	
2																宿泊型ケア	円	日	
																通所型ケア	円	時間	
																訪問型ケア	円	時間	
																授乳指導型ケア	円	回	
3																宿泊型ケア	円	日	
																通所型ケア	円	時間	
																訪問型ケア	円	時間	
																授乳指導型ケア	円	回	
4																宿泊型ケア	円	日	
																通所型ケア	円	時間	
																訪問型ケア	円	時間	
																授乳指導型ケア	円	回	
5																宿泊型ケア	円	日	
																通所型ケア	円	時間	
																訪問型ケア	円	時間	
																授乳指導型ケア	円	回	
計																			0

【口座振込先】

金融機関名	銀行・信用組合・信用金庫		
	労働金庫・農協		支店
口座種別	☐ 普通	☐ 当座	☐ その他()
口座番号			
(カタカナ) 口座名義			

※添付書類:利用報告書等