様式第６号（第11条関係）

年　　月　　日

琴平町長　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

琴平町産後ケア事業委託料請求書

琴平町産後ケア事業委託料を次のとおり請求します。

請求金額　　　　　　　　　　　円（　　　　年　　　　月分）

（内訳）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　目 | 委託料 | 利用日数 | 請求額 |
| 宿泊型 |  |  |  |
| デイサービス型 |  |  |  |
| アウトリーチ型 |  |  |  |

＜添付書類＞琴平町産後ケア事業実績報告書（様式第５号）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 所属名 | 役職名 | 氏名 | 連絡先 |
| 責任者 |  |  |  |  |
| 担当者 |  |  |  |  |

※「責任者」は、役職に関わらず、請求者に係る事務を担当する部門の長を、「担当者」は請求書に係る事務を担当する部門の者について記載してください。氏名欄はフルネームで記載し、連絡先欄は原則固定電話を記載してください。請求者の押印がある場合は、責任者及び担当者の氏名並びに連絡先の記載は不要です。