請　求　書

佐世保市長　様

令和　　年　　月　　日

請求者

住　所

氏　名　　印

下記の金額を請求します。

1　　件名　　佐世保市産後ケア事業委託料　　月分

品　　名	規　格	数　量	単価	金　額
訪問ケア			3,000	
デイケア			2,400	
ショートステイ（１泊２日）			27,500	
ショートステイ（２泊３日）			55,000	

2　　請求金額

円

3　　支払方法　　窓口払い　・　口座振替　（通帳記帳時の請求ＮＯ：　　）

4　　口座振替の場合の振替先指定

(1)　登録している通り

(2)　新規、変更、又は複数登録の場合は、下欄に振替先を記入して下さい。

＊なお、円滑に支払いを行うためにコンピュータに登録して処理いたしますのでご了承下さい。

銀　行	口　座　番　号
支　店	
口　座　種　別	口　座　名　義
普通　　当座　　貯蓄　（　　）	