

小野市長 様

年 月 日

産後ケア事業(令和 年 月分)について、下記のとおり請求します。

請求額 ￥ 円

実施事業所	所在地 名称 代表者名
-------	-------------------

【振込先】

金機関名	銀行・信用金庫	支店	口座種別	1普通 2当座
(フリガナ) 口座名義人		口座番号		
請求書記入者		連絡先電話		

【集計表】

(※1)EPDS高値(9点以上)⇒1 8点以下⇒0 実施なし⇒空欄

[illegible]