

中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付請求書

令和 年 月 日

中津川市長 様

申請書(様式第1号)と同様の内容を記入

申請者 (請求者)	住 所	中津川市中津川〇〇-〇〇
	団 体 名	団体としての申請であれば記入
	氏 名	中津 太郎 (動物病院の宛名と同じか)
	電 話 番 号	〇〇-〇〇-〇〇

年 月 日付け、中津川市補助指令第 号で交付決定を受けた
中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金について、中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金
交付要綱第8条の規定により、以下の通り請求します。

記

補助金額の合計を記入
オス(去勢):4,000 円/頭
メス(避妊):6,000 円/頭

1. 補助金請求額

6,000 円

2. 振込先金融機関

申請者と同じ名義

フリガナ	ナカツ タロウ										
口座名義人	中津 太郎										
金融機関名	〇〇銀行			支店名等	〇〇支店						
口座種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	1	1	1	1	1	1	1	