

恵那市長 様

住所又は所在地
 名 称
 (個人の場合は記載不要)
 氏名又は代表者氏名
 電 話 番 号

恵那市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号により確定通知を受けた恵那市猫の不妊去勢手術支援事業補助金について、恵那市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付要綱第 11 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1. 請求額 _____ 円

2. 請求明細

不妊手術	匹	×	6,000 円	=	円
去勢手術	匹	×	4,000 円	=	円
合計	匹				円

3. 振込先口座

金融機関	銀 行 金 庫 農業協同組合 信用組合				本 店 支 店 支 所 出張所				
	金融機関番号			支店番号					
預金種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()			口座番号					
口座名義 (フリガナ)									
口座名義 (漢字等)									

- ※ 請求者名義の金融機関名、口座番号等を記入してください。
- ※ ゆうちょ銀行の場合は、振込用の店名 (漢数字) ・預金種目・口座番号を記入してください。
- ※ 添付書類：振込み先が確認できる書類の写し