

年 月 日

山添村長 様

山添村犬猫不妊処置費助成金交付申請書兼請求書

申請者 住所 山添村大字

氏名 電話

年度山添村犬猫不妊処置費助成金について交付されるよう、山添村犬猫不妊処置費助成金交付要綱第6条の規定により申請を兼ねて請求します。また、村税の納付状況を調査することについて同意します。

助成対象動物	種類	犬・猫		年齢	歳 月	
	毛色		性別		名前	
	犬の場合	登録番号		狂犬病予防注射済票番号		
	助成金請求額	円		助成金額	一律5,000円/1頭	

助成金振込先	金融機関名及び支店名等	銀行 支店		支店
		信組 支所		支所
		農協 出張所		出張所
	口座種類	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

以下は記入しないでください

飼い主がない猫の確認・承諾	大字 区長 <input type="text"/>		
医師記入欄	手術日	年 月 日	
	上記の日程に不妊手術を実施したことを証明します。		
	住所	氏名	電話番号
納税状況確認	年 月 日現在未納はありません。住民課担当 <input type="text"/>		

※申請書は、手術日から2ヶ月以内に領収書の写しを添えて提出してください。