

# 日進市犬・猫避妊等手術費助成金交付申請書兼請求書

年 月 日

日 進 市 長 あて

申請者 住 所  
氏 名  
電 話

※申請者は手術費を支払った方（領収書に氏名の記載がある方）となります。

私は、日進市犬・猫避妊等手術費助成金交付要綱第2条の規定に基づく要件を満たしているため、同要綱第4条に基づき下記のとおり申請します。

## 記

### 1 手術の対象

|             |                  |     |         |
|-------------|------------------|-----|---------|
| 対 象         | 犬 ・ 猫            | 項 目 | 避妊 ・ 去勢 |
| 名 前         |                  | 種 類 |         |
| 毛 色         | 白・黒・茶・薄茶・灰       | 年 齢 | 歳       |
| 手術実施日       | 年 月 日 ※手術証明日と同一日 |     |         |
| 登録鑑札番号（犬のみ） | 年度               |     |         |
| 注射済票番号（犬のみ） | 年度               |     |         |
| 備 考         |                  |     |         |

- 2 添付書類 (1) 日進市犬・猫避妊等手術実施報告書  
(2) 手術を受けたことを証明できる領収書の写し  
(3) 金融機関の通帳（振込先がわかる部分）の写し

3 請求金額 金 円

### 4 希望する振込先（申請者の口座に限る）

| 金融機関名         | 種 別                  | 口座番号 | 口座名義人(フリガナ) |
|---------------|----------------------|------|-------------|
| 銀行・農協<br>信用金庫 | 支店<br>(出張所)<br>普通・当座 |      |             |

注①：申請期限は手術実施日の翌日から一年以内です。

注②：申請者、口座名義人、領収書の宛名は全て同一の氏名（飼い主）にして下さい。

注③：口座名義人のフリガナを必ずご記入下さい。

※ 振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくって1ページ目に記載されている振込用の店名（漢数字）、預金種目、口座番号を記入してください。

助成金申請者記入例

日進市犬・猫避妊等手術費助成金交付申請書兼請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

日進市長 あて

申請者住所 日進市蟹甲町池下268番地

氏名 愛知 日進

電話 0561-73-7111

押印は不要

※申請者は手術費を支払った方(領収書に氏名の記載がある方)となります。

私は、日進市犬・猫避妊等手術費助成金交付要綱第2条の規定に基づく要件を満たしているため、同要綱第4条に基づき下記のとおり申請します。

該当する色に○をつけてください。

対象・項目は各々○をつけてください。

1 手術の対象

|             |                     |    |       |
|-------------|---------------------|----|-------|
| 対象          | 犬・猫                 | 項目 | 避妊・去勢 |
| 名前          | ニッシー                | 種類 | 柴犬    |
| 毛色          | 白・黒・茶・薄茶・灰          | 年齢 | 2歳    |
| 手術実施日       | 〇年 〇月 〇日 ※手術証明日と同一日 |    |       |
| 登録鑑札番号(犬のみ) | 〇年度 〇〇〇〇〇           |    |       |
| 注射済票番号(犬のみ) | △年度 △△△△△           |    |       |
| 備考          |                     |    |       |

申請前に当該年度の注射を終えていることが条件となります。

空欄でお願いします ※申請時に窓口で記入(助成金額) 犬避妊 5,000円、去勢 3,000円 猫避妊 4,000円、去勢 2,500円

- 2 添付書類 (1) 日進市犬・猫避妊等手術実施報告書 (2) 手術を受けたことを証明できる領収 (3) 金融機関の通帳(振込先がわかる部分)の写し

3 請求金額 金 円

4 希望する振込先(申請者の口座に限る)

|                                  |       |      |                   |
|----------------------------------|-------|------|-------------------|
| 金融機関名                            | 種別    | 口座番号 | 口座名義人(フリガナ)       |
| 銀行・農協 支店<br>にっしん 信用金庫 にっしん (出張所) | 普通・当座 | 〇〇〇〇 | アイチ ニッシン<br>愛知 日進 |

注②: 申請期限は手術実施日の翌日から一年以内です。

注②: 申請者、口座名義人、領収書の宛名は全て同一の氏名(飼い主)にして下さい。

注③: 口座名義人のフリガナを必ずご記入下さい。

※ 振込先がゆうちょ銀行の場合は、通帳の表紙をめくって1ページ目に記載されている振込用の店名(漢数字)、預金種目、口座番号を記入してください。