

第 6 号様式（第 1 4 条関係）

年 月 日

大垣市長 様

(申請者) 住所 _____
氏名 _____
電話 _____

大垣市飼い主不明な猫不妊手術等事業補助金交付請求書

年 月 日付け 第 号 の確定通知を受けた補助金について、大垣市飼い主不明な猫不妊手術等事業補助金交付要綱第 1 4 条の規定により、次のとおり請求します。

交付確定額		<input type="checkbox"/> 3,000 円	<input type="checkbox"/> 4,000 円	<input type="checkbox"/>	円
請求金額		<input type="checkbox"/> 3,000 円	<input type="checkbox"/> 4,000 円	<input type="checkbox"/>	円
振込先	金融機関名				
	支店(支所)名				
口座種別		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ				
	氏名				