

請 求 書

金 額 _____ 円

【内訳】

去勢手術	頭	円
不妊手術	頭	円
不妊手術（妊娠中）	頭	円
医療処置	頭	円

年 月 日付、千保地保収第 号により決定のあった去勢・不妊手術費の助成金として、上記金額を請求します。なお助成金は下記口座にお振込みください。

千代田区長殿

令和 年 月 日

請求者

住 所

氏 名 印

振込先金融機関

銀 行						本店
信用金庫						支店
信用組合						出張所
預 金 種 目	1. 普通	2. 当座	口 座		連 絡 先	
	3. 貯蓄	(○で囲む)	番 号		電話番号	
フリガナ						
口座名義						