

様式第5号（第9条関係）

令和 年 月 日

下妻市長 様

【押印について】

○法人の場合：「社印」＋「代表者印」

※社名の入った代表者印の場合は、そのみで可

○法人でない場合：代表者の「私印」

(請求者) 住 所
氏 名

印

法人にあつては、主たる事務所の
所在地、名称及び代表者の氏名

電話番号

協力動物病院名

獣医師名

地域猫活動支援事業不妊去勢手術手数料請求書

このことについて、下妻市地域猫活動支援事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり請求します。

記

1 金 47,000 円

(令和7年7～8月実施分として)

実施した手術の種類	手術を実施した数
去勢手術（雄猫）	1 匹
不妊手術（雌猫）	4 匹

手引きに記載の期間毎に一
括してご請求ください。
併せて手術補助券も添付し
てください。

2 振込先

金融機関名	銀行・金庫 組合・農協	支店名	本店・支店 本所・支所
預金種別	普通・当座・その他()		
口座番号			
フリガナ 口座名義			

※口座名義については、必ず請求者の氏名と一致すること。