

年 月 日

必ず押印してください。



町田市長 様

審査後、市で記入します。

補助事業者等 (申請者)

住 所	町田市XX町XXX-X
氏 名	保健花子



[法人にあっては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者(名)]

町田市補助金等交付請求書

必ず押印してください。

年 月 日付け 町生愛不第 号により交付額の確定・交付決定がありました補助金等について、町田市補助金等の交付に関する要綱第10第1項の規定により、下記のとおり請求します。

市で審査後、市で記入します

記

1 補助事業等の内容

町田市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術補助金交付要綱に規定する飼い主のいない猫

太枠内を記入してください。  
申請者名義の口座となります。  
フリガナも記入してください。

去勢 2,500 円) 市で記入します 円

しないでください) 市で記入します 円

0 円

振込先口座情報	振込先金融機関	XX	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	△△ 支店
	預 金 種 別	普通	当座	口座番号
	フリガナ	ホケン ハナコ		
申請者名義の口座	氏 名	保健 花子		

なお、上記補助金については、下記の金融機関口座に振り込んで下さい。本請求書に記載した事項については、町田市の財務会計システム(OA機器)に登録することを承諾します。

申請時のお願い：太枠内に記入、押印してください。捨印にも押印してください。