

身体障がい者補助犬助成申請書

令和 年 月 日

一般社団法人 日本小動物獣医師会
会長 長崎 淳一 様

申請者(身体障がい者補助犬ユーザー)
住所 (〒 -)

ふりがな
氏名 (印)

電話

下記のとおり身体障がい者補助犬の健康診断、予防措置、治療を受けましたので
一般社団法人日本小動物獣医師会、身体障がい者補助犬助成規程により助成をお願いします。

申請者記載事項

申請区分	<input type="checkbox"/> 初回申請 (補助犬認定書(写)を添付してください)		<input type="checkbox"/> 更新申請			
補助犬の種類	<input type="checkbox"/> 盲導犬		<input type="checkbox"/> 介助犬		<input type="checkbox"/> 聴導犬	
犬種			性別	<input type="checkbox"/> 雄 <input type="checkbox"/> 雌		
犬の名前			生年月日	年 月 日 生		
マイクロチップ	番号 ()		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未入			
マイクロチップ登録先	<input type="checkbox"/> 日本獣医師会 <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 未登録			
本年度狂犬病予防接種済票	自治体		済票番号			

かかりつけ動物病院記載事項

動物病院名			獣医師名	(印)	
健康診断 予防・治療	年 月 日		<input type="checkbox"/> 健康診断 <input type="checkbox"/> 予防 <input type="checkbox"/> 治療		
病名:					

助成金振込先

昨年と同じ振込先を希望します。

下記振込先を希望します。

現金	申請者住所あてに現金書留にて送付希望					
金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 信用金庫					
	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 出張所					
	<input type="checkbox"/> 座区分	普通 当座	<input type="checkbox"/> 座番号			
	<input type="checkbox"/> 座名義	(カナ)				
ゆうちょ銀行	記号		再発行	番号		
	<input type="checkbox"/> 座名義	(カナ)				