

<記入例>

身体障がい者補助犬助成申請書

※補助犬ユーザーと担当獣医師の記名・押印を忘れずにお願いいたします。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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 (〒〇〇〇 - 〇〇〇〇)
〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇
ふりがな
氏 名 〇〇〇 〇〇〇 (印)
電 話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

初回申請の際
(補助犬が変更になった時
にも同様)、補助犬認定書や
使用者証の写しを添付して
ください。

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いたします。

申請者記載事項

申請区分	<input type="radio"/> 初回申請 (補助犬認定書(写)を添付してください)		<input checked="" type="radio"/> 更新申請	
補助犬の種類	<input checked="" type="radio"/> 盲導犬		<input type="radio"/> 介助犬 <input type="radio"/> 聴導犬	
犬種	ラブラドルレトリバー	性別	<input type="radio"/> 雄 <input checked="" type="radio"/> 雌	
犬の名前	〇〇〇〇	生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 生	
マイクロチップ	<input checked="" type="radio"/> 番号 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)		<input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 未入	
マイクロチップ登録先	<input checked="" type="radio"/> 日本獣医師会		<input type="radio"/> その他 ()	
本年度狂犬病予防接種済票	<input type="radio"/> 不明 <input type="radio"/> 未登録			
自治体	〇〇〇〇〇〇	済票番号	〇〇〇〇〇〇	

社) 日本小動物獣医師会の会員であることを、必ずお願いいたします。不明な場合は、本会事務局までお問い合わせください。

番号の記入、または該当するものを○で囲んでください。

自治体名と番号をご記入ください。

かかりつけ動物病院記載事項

動物病院名	〇〇〇〇動物病院	獣医師名	〇〇 〇〇 (印)
健康診断	〇〇年 〇〇月 〇〇日	<input type="radio"/> 健康診断	<input checked="" type="radio"/> 予防 <input type="radio"/> 治療
予防・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。

どちらかにチェックをお願いいたします。初回申請の方は必ず振込先(入金方法)をご記入ください。

<input checked="" type="radio"/> 現金	申請者住所あてに現金書留にて送付希望			
<input checked="" type="radio"/> 金融機関	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 銀行	<input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 信用金庫	
	〇〇〇〇	<input checked="" type="radio"/> 支店	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 出張所	
	<input type="checkbox"/> 座区分	<input checked="" type="radio"/> 普通 <input type="radio"/> 当座	<input type="checkbox"/> 座番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇
	<input type="checkbox"/> 座名義	〇〇〇 〇〇〇 (カナ 〇〇〇 〇〇〇)		
<input type="radio"/> ゆうちょ銀行	記	号	再発行	
			番	
			号	
<input type="checkbox"/> 座名義	(カナ)			