

様式第 6 号（第 12 条関係）

年 月 日

大崎町長 殿

代表申請者 住所 大崎町
氏名

大崎町所有者不明猫不妊及び去勢手術費補助金交付請求書

令和 年 月 日付け大崎町所有者不明猫不妊及び去勢手術費補助金確定通知書に基づき、下記のとおり請求いたします。

記

1. 請求額 円

2. 振込先

銀行名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
口座名義人	