

令和 年 月 日

(登録団体名) _____

(登録番号) _____

(請求者氏名) _____ 印

獣医師による医療的措置等があった場合は、獣医師から受領した「豊島区地域における動物の相談支援体制整備事業手術等完了確認書」（別記第7号様式）を添付します。

決定通知番号 豊 発第 号（決定番号 R7 番）
決定対象動物番号 番（各団体で定めた番号）
請求期日 令和 年 月末日

2. 請求金額（領収書又はレシートの写しを提出すること）

円
 (算定) 実際の経費 (A) 円
 寄付金 (B) 円
 請求金額 = (A) - (B) ※上限 50,000 円 / 1 匹

(対象経費)

- ・保護時身体検査・不妊去勢手術費・ワクチン経費・マイクロチップ経費・餌代・譲渡会代
・猫砂等トイレ代・保護時等車代・ペットホテル代・保護直後の治療及び入院費（※）

(対象期間)

保護した日から 60 日以内の経費に限る (※) は保護直後のものに限る

3. 振込先 ※以下の口座に振り込みください。

金融機関名							
支店名	支店・本店						
種 別	普通 ・ 当座 ・ その他						
口座番号							
口座名義（カタカナ）							