

西暦 年 月 日

特定非営利活動法人引退馬協会  
代表理事 沼田 恭子 殿

## 「再就職支援プログラム」卒業生医療費 助成交付申請書

貴協会が行う再就職支援プログラム譲渡馬に対する医療費助成を下記の通り申請致します。

### 記

- 1 馬名 :
- 2 預託先または繋養先 :
3. 治療を受けた傷病名 :
4. 治療内容 :
5. 治療にかかった期間 :
6. 治療に要した医療費金額 :
7. 治療を行った獣医師または医療期間及び連絡先 :

1 から 7 に記載された内容について、相違ないことを証します。  
万一相違が確認された場合は助成金を返還することに同意します。

申請者 : 氏名  
住所 〒  
メールアドレス

※傷病が複数ある場合は、各傷病別に申請してください。

送金先 :	
金融機関 :	店名 :
種別 : 普通・当座・その他	口座番号 :
口座名義 :	

決裁	承認	受付