

補助犬疾病予防支援対策助成金申請書

平成____年____月____日

宮崎県獣医師会会長 殿

住 所 _____
 電話番号 _____ (____) _____
 氏 名 _____ 印

宮崎県獣医師会補助犬疾病予防支援対策実施要領（平成22年3月25日定め）に基づく疾病予防費等（フィラリア予防薬薬剤費・混合ワクチン）の助成を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1. 該当補助犬の登録情報（認定証もしくは使用者証に記載されている情報）

補助犬の認定番号	認定年月日	認定を行った指定法人名	補助犬の番号

2. フィラリア予防薬薬剤費（消費税を含む）の記入（AもしくはBに記入してください。）

A：フィラリア予防薬として、1ヶ月毎の経口薬もしくは皮膚スポット薬を用いて予防を行った場合

（投薬を受けていない月は、金額を0円と記入してください。）

投薬月	予防薬薬剤費	投薬月	予防薬薬剤費	投薬月	予防薬薬剤費	投薬月	予防薬薬剤費
4月	円	7月	円	10月	円	1月	円
5月	円	8月	円	11月	円	2月	円
6月	円	9月	円	12月	円	3月	円

B：フィラリア予防薬として、6ヶ月又は12ヶ月毎の注射薬を用いて予防を行った場合

（注射月と予防薬薬剤費を記入してください。注射を受けていない月は、金額を0円と記入してください。）

投薬月	予防薬薬剤費	投薬月	予防薬薬剤費
月	円	月	円

注1：申請の年度内に処方された予防薬薬剤費もしくは注射による予防薬薬剤費を、ご記入下さい。

注2：助成金は、宮崎県獣医師会会員より処方されたフィラリア予防薬薬剤費のみが対象になります。

注3：助成金は、フィラリア予防薬薬剤費の全額が助成されるわけではありません。

「1ヶ月当たり1000円で8ヶ月分まで」が年間の最高助成金額になりますが、実際の予防薬薬剤費がそれを下回る場合は

「1ヶ月当たり予防薬薬剤費の実費で8ヶ月分まで」が年間の最高助成金額になります。

3. 混合ワクチンの記入（8,000円/年1回）

投薬月	種類	金額
月	種混合ワクチン	円

注1：混合ワクチンの種類を記入下さい。
 例：8種混合ワクチン
 注2：混合ワクチンの助成金額は上限8,000円を年1回のみです。

4. 助成金振込口座

振込名義	フリガナ		
金融機関名	口座の種類	口座番号	
銀行 本店	普通・当座		
信用金庫			
信用組合 支店			

5. 代理記入者名

（申請書記入に不自由のある補助犬利用者の方が、記入を他の方に依頼する場合に書いて下さい。）

代理記入者名	申請者との間柄	・担当獣医師 ・その他（ ）
住所	〒	電話番号（ ）

6. 添付書類（次ページに添付）

処方動物病院名・処方年月日（注射の場合は注射年月日）・1ヶ月当たりのフィラリア予防薬の金額（注射の場合は注射金額）・予防薬の処方月数の確認ができる「計算書」「領収書」等の写しを添付して下さい。

補助犬疾病予防支援対策助成金申請に係わる関係書類

1. 計算書・領収書の写しを貼り付け

○ **フィラリア予防費**

1. 「1ヶ月毎の経口薬もしくは皮膚スポット薬を用いて予防を行った場合」
処方動物病院名・処方年月日・1ヶ月当たりのフィラリア予防薬の金額・予防月数の確認ができるものを添付。
2. 「6ヶ月又は12ヵ月毎の注射薬を用いて予防を行った場合」
注射動物病院名・注射年月日・注射金額の確認ができるものを添付。

○ **混合ワクチン接種**

処方動物病院名・処方年月日・ワクチン名称・金額の確認ができるものを添付。