

馬パラチフス検査費用助成申請書

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

公益社団法人 日本軽種馬協会  
会長理事 河野 洋平 殿

**申請者** **所有者** 住所・氏名

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**飼養管理者** 住所・氏名

住所 〒 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

1. 馬パラチフス検査馬名 \_\_\_\_\_ 号

2. JBBA 種付種牡馬名 \_\_\_\_\_ 号

3. 検査家畜保健衛生所名 \_\_\_\_\_

4. 検査領収書添付

5. 振込銀行口座 (所有者) 金融機関名 \_\_\_\_\_ 銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_

口座番号 (普通・当座) \_\_\_\_\_

口座名義 \_\_\_\_\_

上記のとおり相違ないことを証明します。

(指定団体) \_\_\_\_\_ (指定団体長) \_\_\_\_\_ (印)