

獣医学的馬体検査補助事業 補助金交付申請書

2024年 月 日

日高軽種馬農業協同組合
代表理事組合長 古川 雅且 殿

(JBBA 会員番号)
申請者住所
申請者氏名

2024年度の獣医学的馬体検査補助事業について、せり市場運営活性化事業実施要領第3章第2節第5の4の規定に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

1. 申請馬 (市場分)

1	幼駒名 :	上場番号 :	
	※事業主体使用欄 (該当項目に☑)		
	【支払金額】		【補助金額】
	<input type="checkbox"/> ①セット料金(両膝有り)	50,000円以上 ⇒	25,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ②セット料金(両膝なし)	40,000円以上 ⇒	20,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ③レントゲンのみ(両膝有り)	40,000円以上 ⇒	20,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ④レントゲンのみ(両膝なし)	30,000円以上 ⇒	15,000円(上限)
<input type="checkbox"/> ⑤内視鏡のみ	10,000円以上 ⇒	5,000円(上限)	
<input type="checkbox"/> (①・②・③・④・⑤)	_____円 ⇒	_____円	
摘要:			
2	幼駒名 :	上場番号 :	
	※事業主体使用欄 (該当項目に☑)		
	【支払金額】		【補助金額】
	<input type="checkbox"/> ①セット料金(両膝有り)	50,000円以上 ⇒	25,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ②セット料金(両膝なし)	40,000円以上 ⇒	20,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ③レントゲンのみ(両膝有り)	40,000円以上 ⇒	20,000円(上限)
	<input type="checkbox"/> ④レントゲンのみ(両膝なし)	30,000円以上 ⇒	15,000円(上限)
<input type="checkbox"/> ⑤内視鏡のみ	10,000円以上 ⇒	5,000円(上限)	
<input type="checkbox"/> (①・②・③・④・⑤)	_____円 ⇒	_____円	
摘要:			

※セット料金：四肢レントゲン検査及び上部気道内視鏡検査セット

【添付書類】四肢レントゲン検査・上部内視鏡検査料の請求・支払を証明する書類 (写し)

※事業主体使用欄

①セット料金	両膝有り	頭	円
"	両膝なし	頭	円
②レントゲンのみ	両膝有り	頭	円
"	両膝なし	頭	円
③内視鏡のみ		頭	円
補助金額合計			円

補助金申請馬の続き（ 頭目から）

※1 ページ目で不足する場合はこの用紙を使用してください。その際、1 ページ目の合計欄は削除し、最下部に記入してください。

幼駒名：	上場番号：
※事業主体使用欄（該当項目に☑）	
【支払金額】	
【補助金額】	
<input type="checkbox"/> ①セット料金(両膝有り)	50,000 円以上 ⇒ 25,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ②セット料金(両膝なし)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ③レントゲンのみ(両膝有り)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ④レントゲンのみ(両膝なし)	30,000 円以上 ⇒ 15,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ⑤内視鏡のみ	10,000 円以上 ⇒ 5,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> (① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤)	_____ 円 ⇒ _____ 円
摘要：	

幼駒名：	上場番号：
※事業主体使用欄（該当項目に☑）	
【支払金額】	
【補助金額】	
<input type="checkbox"/> ①セット料金(両膝有り)	50,000 円以上 ⇒ 25,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ②セット料金(両膝なし)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ③レントゲンのみ(両膝有り)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ④レントゲンのみ(両膝なし)	30,000 円以上 ⇒ 15,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ⑤内視鏡のみ	10,000 円以上 ⇒ 5,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> (① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤)	_____ 円 ⇒ _____ 円
摘要：	

幼駒名：	上場番号：
※事業主体使用欄（該当項目に☑）	
【支払金額】	
【補助金額】	
<input type="checkbox"/> ①セット料金(両膝有り)	50,000 円以上 ⇒ 25,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ②セット料金(両膝なし)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ③レントゲンのみ(両膝有り)	40,000 円以上 ⇒ 20,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ④レントゲンのみ(両膝なし)	30,000 円以上 ⇒ 15,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> ⑤内視鏡のみ	10,000 円以上 ⇒ 5,000 円(上限)
<input type="checkbox"/> (① ・ ② ・ ③ ・ ④ ・ ⑤)	_____ 円 ⇒ _____ 円
摘要：	

※セット料金：四肢レントゲン検査及び上部気道内視鏡検査セット

【添付書類】 四肢レントゲン検査・上部内視鏡検査料の請求・支払を証明する書類（写し）

※事業主体使用欄

①セット料金	両膝有り	_____	頭	_____	円
"	両膝なし	_____	頭	_____	円
②レントゲンのみ	両膝有り	_____	頭	_____	円
"	両膝なし	_____	頭	_____	円
③内視鏡のみ		_____	頭	_____	円
補助金額合計					_____ 円