

※記入例

所有者不明猫避妊・去勢手術補助金交付申請書

〇〇年〇月〇〇日

島本町長様

押印（シャチハタ不可）

申請者：住所 島本町桜井二丁目1番1号

氏名 島本 花子

印

電話番号 075-961-5151

下記のとおり、所有者不明猫の避妊・去勢手術を完了しましたので、島本町所有者不明猫避妊・去勢手術補助金交付要綱第4条第1項の規定に基づき、補助金の交付を申し込みます。

記			
交付申請額	金 5,000円		
性別	<input checked="" type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	推定年齢	2歳
毛色	茶色	大きさ	大・中・小
保護した日時	令和元年7月1日午前10時		
保護した場所	島本町桜井二丁目1番1号 倉庫裏		
所有者不明猫とする根拠	<ul style="list-style-type: none"> ・首輪なし。 ・数か月前より居ついている。 		

手術費用が5,000円に満たない場合 ⇒手術費用額
手術費用が5,000円以上の場合 ⇒5,000円

保護した日時は、手術を受けさせるために捕獲した日付を記入願います。

<収支予算欄>

【収入】

区分	収入予定額	明細
所有者不明猫避妊・去勢手術補助金	5,000円	
自己負担金	5,000円	
合計	10,000円	

手術費用と補助金額の差額を自己負担金として記入願います。

【支出】

区分	支出済額	明細
所有者不明猫避妊・去勢手術費	10,000円	
合計	10,000円	

< 獣医師証明欄 >

上記所有者不明猫の避妊・去勢に関する (精巣 子宮 卵巣) 摘出手術を
△△年△月△△日に行ったことを証明します。

△△年△月△△日

動物病院等 所在地 島本町桜井二丁目〇番〇号
名称 動物病院
獣医師の氏名 島本 太郎
電話 075-〇〇〇-〇〇〇〇

獣医師押印
(シャチハタ不可)

印

< 領収書添付欄 >

※領収書の宛名は申請者と同一であること。

領収書を張り付けてください。

(領収書を無くした場合は、獣医師の証明を以下に受けてください。)

当該所有者不明猫の手術費 金 _____ 円

獣医師名 _____ 印

事務処理欄

町長	副町長	部長	部長意見

記入不要です。