

所有者不明猫避妊・去勢手術補助金交付申請書

年 月 日

島 本 町 長 様

申請者：住 所

氏 名

印

電 話 番 号

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 _____ 円		
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	推定年齢	
毛色		大きさ	大・中・小
保護した日時			
保護した場所			
所有者不明猫とする根拠			

<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	円	
	円	
合計	円	

【支出】

区分	支出済額	明細
所有者不明猫避妊・去勢手術費	円	
合計	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
名称
獣医師の氏名 印
電話

< 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