

庄内町長 宛

申請者 住所又は所在地
氏名又は名称及び代表者氏名
電話

飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金交付申請書

庄内町飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金を次のとおり交付されるよう、庄内町補助金等の適正化に関する規則第4条の規定により申請します。

1 申請の内容及び遵守事項

| | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| 補助金交付申請額 | 円 | |
| 手術の種類 | <input type="checkbox"/> 不妊手術 | <input type="checkbox"/> 去勢手術 |
| 手術する猫 | 毛 色 | |
| | 特 徴 | |
| 手術の内容 | 病 院 名 | |
| | 手術実施日 | 令和 年 月 日 |
| | 手 術 費 用 | 円 |
| 次の事項を遵守することを宣誓します。 | | |
| <input type="checkbox"/> 捕獲場所に戻す場合、その猫が生息する限り、トイレの確保、餌の適正な管理等により周辺環境の美化を図るとともに、近隣住民の理解を得るよう努めます。 | | |
| <input type="checkbox"/> 捕獲、手術等の実施、補助金交付の申請及び交付決定後も含め、対象猫に関する問題については、一切の責任を負い、誠意を持って解決します。 | | |
| 令和 年 月 日 氏名又は名称及び代表者名 | | |

添付書類

- 対象猫の正面を含む全身の写真
- 耳カット施術を実施したことが分かる写真
- 申請者の氏名又は団体名、手術を行った獣医師の氏名、手術実施日、処置の内容及び対象経費が記載されている領収書の写し

2 飼い主のいない猫についての確認書

| | | |
|-----|-----|-----|
| 確認者 | 住 所 | 庄内町 |
| | 氏 名 | |
| | 電 話 | |

3 振込先

| | | | |
|---------|-------------------|-----|--|
| 金融機関名 | | 店 名 | |
| 種 目 | 普通 ・ 当座 ・ その他 () | | |
| 口 座 番 号 | | | |
| フリガナ | | | |
| 口 座 名 義 | | | |