様式第３号（第６条関係）

佐久穂町猫繁殖制限手術費補助金交付申請書（兼請求書）

（飼い主のいない猫用）

年　　月　　日

（申請先）

佐久穂町長

（申請者）住所

町内で活動する団体にあっては、

名称及び代表者の氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

　佐久穂町猫繁殖制限手術費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請（請求）します。

記

１.交付申請（請求）額　　　　　　　　　　　　　　円

２.手術をした猫

|  |  |
| --- | --- |
| 猫の生息場所 | 区　　　　　　　　　常会  　大字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　付近 |
| 猫の毛色 |  |
| 手術内容 | メスの不妊　　・　　オスの去勢 |
| 手術後の措置 | 生息場所に戻した・保護・譲渡・その他（　　　　　　） |

３.補助金の振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関 | 金融機関　　　　　　　　　　　　支店名等 |
| 口座番号 | 普通　・　当座　　： |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

４.動物病院証明欄

|  |  |
| --- | --- |
| 手術費 | 円 |
| 手術年月日 | 年　　　　　月　　　　日 |
| 手術内容 | メスの不妊　　・　　オスの去勢 |
| 申請者から飼い主のいない猫であることを確認した上で、繁殖制限手術を確かに実施しました。　　　　　　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　動物病院住所  動物病院名称  獣医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | |

添付書類　１.繁殖制限手術に係る領収書の原本

　　　　　２.繁殖制限を受けた猫の写真（耳カットの措置が確認できるもの）

　　　　　３.その他の町長が必要と認める書類