

猫不妊去勢手術補助金交付申請書

年 月 日

(宛先) 千曲市長

住 所
氏 名
電 話

年度において、猫不妊去勢手術補助金を下記により交付してください。

記

- 1 補助事業の目的
望まない猫の繁殖を制限し、市民の快適な生活環境の保持をするため
- 2 補助事業実施内容

生息場所	区(自治会)		
猫の名前 (飼い猫に限る)		性 別	
毛 色		尾 長	長・中・短
手術内容	不妊・去勢	補助金額	円
実施証明欄 <u>※動物病院で記入してください。</u>	手術年月日	年 月 日	手術費総額
			円
<input type="checkbox"/> 申請者より飼い猫であることを確認した上で不妊去勢手術を確かに実施しました。 <input type="checkbox"/> 申請者より飼い主のいない猫であることを確認した上で不妊去勢手術及び耳カットを確かに実施しました。 動物病院所在地 動物病院名称 獣医師氏名 (印)			

注 申請者は太枠内のみ記入してください。

*添付書類 不妊又は去勢手術を行ったことが確認できる領収書

個人情報閲覧同意書

申請に当たり、千曲市猫不妊去勢手術補助金交付要綱第2条に規定する条件を満たす者であることを証するため、市が私に係る住民基本台帳情報及び市税納入状況を閲覧することに同意します。

署名 _____