様式第１号（第４条関係）

　　年　　月　　日

内子町猫不妊去勢手術補助金交付申請書

内子町長　　　　　　　　　様

申 請 者

住　所　内子町

氏　名

連絡先

猫不妊去勢手術を実施し、補助金の交付を受けたいので、内子町猫不妊去勢手術費補助金交付要綱第４条第１項の規定により、申請します。

また、交付の決定に際して、私の納税状況に関して必要な資料を担当職員が閲覧することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 手術対象 | 呼び名 | |  | | 性別 | 雄 ・ 雌 | 体格 | 大・中・小 |
| 毛色 | |  | | 毛の長さ | 長 ・ 短 | 推定年齢 |  |
| 猫の生息地  （保護地） | | |  | | | | |
| 医師の証明 | 施術獣医師 | 住所及び  事業所名 | |  | | | | |
| 氏名 | | ㊞ | | | | |

添付書類

　①手術実施に要した費用に係る領収書

　②耳の一部を切除したことが分かる術部の写真又は獣医師の証明

　③猫の全容の写真

　④その他必要と認める書類