第４号様式（第８条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

阿武町長　様

 申請者 団体・グループ等名称

 代 表 者 住 所

 氏 名

 電 話 （　　　　　－　　　　　－　　　　　）

阿武町飼い主のいない猫不妊・去勢手術費助成金交付申請書兼請求書

　阿武町飼い主のいない猫不妊・去勢手術費助成金の交付を受けたいので、阿武町飼い主のいない猫不妊・去勢手術費助成事業実施要綱第８条の規定に基づき、次のとおり申請します。

　　　 申請金額　　　　　　　　　　　円

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手術対象猫 | 同一世帯内本年度申請件数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　件目（年度につき２件まで） |
| 性別 | 　　　　　　　　　　オス　　　　　　　　メス |
| 毛色 |  |
| 生息地域 |  |
| 手術内容 | 不妊手術・去勢手術／耳Ｖ字カット（メス左耳・オス右耳） |
| 手術年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 手術費用 | 　　　　　　円 (補助上限額オス5,000円、メス10,000円) |
| 実施動物病院名 |  |
| 振込先 | 金融機関名 | 　　　　　 | 支店名 | 　　　　　　　　　 |
| 預金種別 | 　　　　普通　　当座 | 口座番号 |  |
| （フリガナ）口座名義人※申請者と同一 |  |
|  |

　　　〔添付書類〕予防接種を受けたことを証明する書類

* 手術費用に係る領収書及び請求内訳書の写し（宛名が申請者本人）
* 耳のＶ字カット後の様子と猫の全体の特徴が分かる写真

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手術対象猫 | 同一世帯内本年度申請件数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　件目（年度につき２件まで） |
| 性別 | 　　　　　　　　　　オス　　　　　　　　メス |
| 毛色 |  |
| 生息地域 |  |
| 手術内容 | 不妊手術・去勢手術／耳Ｖ字カット（メス左耳・オス右耳） |
| 手術年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 手術費用 | 　　　　　　円 (補助上限額オス5,000円、メス10,000円) |
| 実施動物病院名 |  |

　　　〔添付書類〕予防接種を受けたことを証明する書類

* 手術費用に係る領収書及び請求内訳書の写し（宛名が申請者本人）
* 耳のＶ字カット後の様子と猫の全体の特徴が分かる写真