

様式第2号（第6条関係）

小海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

小海町長 様

（申請者） 住所
氏名
電話



小海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

生息場所	(地区名) 小海町 地区				
性別		毛色		尾長	長 ・ 中 ・ 短
補助金申請 (請求) 額	円		手術内容	不妊 ・ 去勢	
振込先口座	金融機関名		銀行・信用金庫 信用組合・農協		
	支店名		支店 ・ 支所		
	口座番号				
	フリガナ				
	口座名義人				
実施証明欄 ※動物病院で 記入してくだ さい。	手術年月日	年 月 日	手術費総額	円	
	繁殖制限手術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				



添付書類

- 1 繁殖制限手術に係る領収書の原本

(裏面) ※町内で活動する団体のみ記入してください。

1 飼い主のいない猫であることの確認

確認者	住 所	小海町
	氏 名	
	電話番号	
確認者	住 所	小海町
	氏 名	
	電話番号	

注) 確認者2名(町内に居住する者で、申請者と世帯を別にする者に限る。)の署名(自署)が必要です。

2 地域住民への周知の実施について

(1) 周知方法

(2) 周知期間 年 月 日 (～ 年 月 日)