様式第１号（第５条関係）

　令和　　年　　月　　日

（あて先）

大月市長

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 住所 |  | |
| 団体名 |  | |
| （団体の場合は代表者氏名） | |  |
| 氏名 |  | |
| 連絡先 |  | |

大月市猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請書

　大月市猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱第５条に基づき、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

１　補助対象事業の内容

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 飼い猫 | | | | | |
|  | １ | 2 | | | 3 |
| 呼称 |  |  | | |  |
| 性別 |  |  | | |  |
| 年齢 |  |  | | |  |
| 備考 |  | | | | |
| 飼い主のいない猫 | | | | | |
| 生息地域 |  | | | | |
| オス | 匹 | | メス | 匹 | |
| 備考 |  | | | | |
| 手術実施予定の開業獣医師 | | | | | |
| 動物病院 |  | | 手術予定日 |  | |

該当する場合右欄の□にチェックをして下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 私は「大月市猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱」を確認した上で申請します。 | □ |