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

氏名

　電話番号

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、次のとおり補助金の交付を申請します。

１　手術を受ける猫の内容

　（１）地域に生息する猫（飼い主のいない猫）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 生息地 |  | | |
| オス | 匹 | メス | 匹 |
| 備考 |  | | |

（２）飼い主のいる猫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 飼い主氏名 |  | | |
| 飼育  所在地 |  | | |
| オス | 匹 | メス | 匹 |
| 飼育猫総数 |  | 備考 |  | |

２　手術実施予定の開業獣医師

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 動物病院 |  | 実施予定日 |  |
| 住所 |  | | |
| 電話番号 |  | 備考 |  |

申請者は□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。 | □ |