

中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付申請書

年 月 日

中津川市長 様

申請者	住 所	中津川市
	団 体 名	
	氏 名	
	電 話 番 号	

中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金の交付を受けたいので、中津川市猫の不妊去勢手術支援事業補助金交付要綱第6条の規定により関係書類を添え、下記のとおり申請します。

記

1. 補助金申請額

	円
--	---

2. 補助申請に関する事項の内容等

生息場所	性別	耳カットの有無	手術実施日	手術費用
	☐ オス・ ☐ メス	☐ 有 ・ ☐ 無	年 月 日	円
手術実施動物病院名				
手術後の猫の行き先	☐ 自身で飼う。(飼い主の不明であった猫を飼う場合を含む。 ☐ 野良猫 ☐ その他) ☐ 捕まえた場所(地域)へ戻す。 ☐ 引き取ってもらう。(譲渡先:) ☐ その他 ()			

〈添付書類〉

不妊去勢手術に係る猫の性別、手術実施日、手術費用、手術を実施した動物病院名、手術費用の支払者が分かる書類 (例: 領収書及び明細書又はその写し)

【留意事項】

※申請者が中津川市内に住所を有すること。また補助の対象となる猫は、市内に生息する猫に限ります。
※他の補助金等を活用して不妊去勢手術を行った猫については、補助の対象になりません。
※屋内で飼われている猫及び屋外で常時マイクロチップ又は首輪を装着の上飼われている猫については、耳カットの実施は任意です。
※不妊去勢手術により生じた問題は、申請者及びその手術を行った獣医師等において処理するものとします。
※複数等の申請をする場合は【別紙】補助申請に関する事項の内容等(複数頭申請用)を使用してください。