

領収日以降の日付
※3/31 以前は受付不可

令和〇年〇月〇日

中津川市長 様

申請者	住所	中津川市中津川〇〇-〇〇
	団体名	団体としての申請であれば記入
	氏名	中津 太郎 (動物病院の領収書の宛名と同じか)
	電話番号	〇〇-〇〇-〇〇

中津川市在住である

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

補助金額の合計を記入
オス(去勢):4,000 円/頭
メス(避妊):6,000 円/頭

1. 補助金申請額

6,000 円

市内に生息する猫である

動物病院の明細書と相違ない

年度内に実施した手術である

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
中津川	<input type="checkbox"/> オス・ <input checked="" type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	令和7年〇月〇日	25,000円
手術実施動物病院名	〇〇動物病院 (添付書類と相違ないか)			
手術後の猫の行き先	<input checked="" type="checkbox"/> 自身で飼う。(飼い主の不明であった猫を飼う場合を含む。 <input checked="" type="checkbox"/> 野良猫 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 捕まえた場所(地域)へ戻す。 <input type="checkbox"/> 引き取ってもらう。(譲渡先:) <input type="checkbox"/> その他 ()			

紛失した場合、動物病院で再発行後、市へ再提出

〈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。