

中津川市長 様

申請者 (請求者)	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、申請を兼ねて請求します。

記

1 補助申請に関する事項の内容等

生息場所	毛色・柄	性別	耳カット	手術実施日	手術費用
		オス・メス	左・右	年 月 日	円
動物病院 実施証明欄	上記の手術を実施したことを証明します。 住 所 獣医師氏名 電 話 番 号				
手術後の 猫の行き先	1 自身で飼う。(飼い主の不明であった猫を飼う場合を含む。) 2 捕まえた場所(地域)へ戻す。 3 引き取ってもらう。(譲渡先:) 4 その他()				

2 補助金の交付が決定した場合の請求額及び振込先

請求額						円
フリガナ						
口座名義人						
金融機関名 及び支店名等	銀行 金庫 農協 組合		本店 支店 支所			
口座種別	普通・当座	口座番号				

【補助要件】

- ※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。
- ※本申請書は、補助金の交付決定後に交付請求書として取扱い、交付決定日をもって提出されたものとみなします。