

様式第1号 (第4条関係)

大洲市猫不妊去勢手術補助金交付申請書

令和 年 月 日

大洲市長 二宮 隆久 様

〒

住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

大洲市猫不妊去勢手術補助金の交付を受けたいので、大洲市猫不妊去勢手術補助金交付要綱第4条の規定により、申請します。

補助金の交付決定に際し、市が住民登録状況及び市税等の納付状況に関する情報等について、必要な範囲で閲覧・照会することに同意します。

種別	<input type="checkbox"/> 飼い猫 <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫(保護場所:)			性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス		
呼名		毛色		毛の長さ	<input type="checkbox"/> 長 <input type="checkbox"/> 短	年齢	歳 月
手術実施獣医師の証明	手術実施日	年 月 日		手術内容	<input type="checkbox"/> 去勢 <input type="checkbox"/> 不妊		
	耳カットの施術	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手術料金	円 (消費税及び地方消費税含む。)		
	手術実施動物病院	住 所					
施 設 名							
獣医師名							

補助金額	飼い猫	オス:2,000円	メス:4,000円	飼い主のいない猫	オス:4,000円	メス:8,000円
補助金交付申請額	¥					—

市職員記入欄		受付印
<input type="checkbox"/> 午前	時 分	
<input type="checkbox"/> 午後		