

手術後の申請する日を記入してください。

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

〒795-xxxx

住所 大洲市大洲〇丁目△-□

申請者 (マンション名・号室) 〇〇マンションマ〇〇号室

氏名 大洲 太郎

押印は不要です。  
氏名の訂正は不可です。

電話番号 090(xxx )

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 checked="" type="checkbox"/> 飼い主のいない猫(保護場所: )			性別	<input type="checkbox"/> オス <input checked="" type="checkbox"/> メス		
呼名	タマ	毛色	茶トラ	毛の長さ	<input type="checkbox"/> 長 <input checked="" type="checkbox"/> 短	年齢	1歳 6月
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 checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術料金		円 )	
飼い主のいない猫は耳カットを行っていないと補助対象になりません。			手術後に獣医師に記入してもらってください。				
〇〇動物病院			獣医 太郎				

補助金額	<input checked="" type="checkbox"/> 飼い猫 オス:2,000円 メス:4,000円	<input checked="" type="checkbox"/> 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	¥ 8 0 0 0 -	

この金額は〇などで囲まないでください。

該当する補助金額を記入してください  
金額の訂正は不可です。

<input type="checkbox"/> 午前	時 分
<input type="checkbox"/> 午後	