

住所
氏名
電話番号

大洲市飼い主のいない猫不妊去勢手術補助事業として下記金額を交付されたく、大洲市飼い主のいない猫不妊去勢手術補助金交付要綱第4条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

性別及び数		☐ オス 件		☐ メス 件		
手術実施獣医師の証明	手術実施日	年 月 日		手術内容	☐ 去勢 ☐ 不妊	
	耳カットの施術	☐ 有		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	オス:4,000 円 メス:8,000 円
補助金交付申請額	¥ —

振込先 金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協									
	() 本店・支店・支所									
預金種別	普通 ・ 当座		口座番号							
口座名義人	フリガナ ()			氏 名 ()						

交付決定後は当該申請書を請求書として扱う。

市職員記入欄		受付印
午前	時 分	
午後		