

令和 年 月 日

遊佐町長 殿

申請者 〒999-

住 所 遊佐町

氏 名

電話番号

遊佐町猫不妊去勢手術補助金交付申請書

遊佐町猫不妊去勢手術補助金交付要綱第5条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 申請額 _____ 円 2頭以上申請（別紙へ）

2 猫の情報

性別・手術区分	<input type="checkbox"/> オス・去勢手術	<input type="checkbox"/> メス・不妊手術	<input type="checkbox"/> 性別不明
毛色・特徴	毛色：		その他特徴：
実施病院名			
手術予定日	令和 年 月 日 （ 予定 ・ 決定 ・ 未定 ）		

※手術予定日については、申請日から10日以上空けてください。

3 補助金振込口座

金融機関名	銀行・農協・金庫		支店
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号
(フリガナ) 口座名義人			※役場記入欄※ 債権者No.

裏面もご記入ください→

【役場記入欄】

申請者又は提出者本人確認 運転免許証 マイナンバーカード その他（ ）

申請者以外の方が提出する場合 氏名 _____ 続柄 _____

郵送先の指定がある場合（申請者以外）

〒 _____

(備考)

受付番号	受付印
飼い主のいない猫 No.	
文書番号	
地第 号	

確 認 書

私は、遊佐町猫不妊去勢手術費補助金の申請にあたり、下記の事項について相違ないことを確認し、署名します。

- 1 申請した猫は、飼い主のいない猫であること
- 2 申請した猫にエサを与えていないこと
- 3 補助金申請にあたり、手術およびこれに関して生じた問題については、町および動物病院など関係者に一切迷惑をかけないこと

遊佐町長 殿

令和 年 月 日

申請者氏名 _____

第三者による確認書

申請者が申告した上記の内容について、相違ないことを確認しました。

確認者 _____ 令和 年 月 日

住 所 遊佐町 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

■確認者について…町内に居住し、申請者と世帯を別にする者に限る。