様式第１号（第４条関係）

**所有者不明猫避妊・去勢手術補助金交付申請書**

　　年　　月　　日

島本町長　　様

申請者：住所　

氏名　　　　

電話番号　

下記のとおり、所有者不明猫の避妊・去勢手術を完了しましたので、島本町所有者不明猫避妊・去勢手術補助金交付要綱第４条第１項の規定に基づき、補助金の交付を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 交付申請額 | 金　円 | | |
| 性別 | □オス  □メス | 推定年齢 |  |
| 毛色 |  | 大きさ | 大・中・小 |
| 保護した日時 |  | | |
| 保護した場所 |  | | |
| 所有者不明猫とする根拠 |  | | |

**＜収支予算欄＞**

**【収入】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 収入予定額 | 明細 |
| 所有者不明猫避妊・去勢  手術補助金 | 円 |  |
| **自己負担金** | 円 |  |
| 合計 | 円 |  |

**【支出】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 支出済額 | 明細 |
| 所有者不明猫避妊・去勢  手術費 | 円 |  |
| 合計 | 円 |  |

**＜獣医師証明欄＞**

上記所有者不明猫の避妊・去勢に関する（□精巣　□子宮　□卵巣）摘出手術を

年　　月　　日に行ったことを証明します。

　年　　月　　日

動物病院等

　所在地

　名称

　獣医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

　電話

**＜領収書添付欄＞**

　※領収書の宛名は申請者と同一であること。

（領収書を無くした場合は、獣医師の証明を以下に受けてください。）

当該所有者不明猫の手術費　　金　　　　　　　　　円

獣医師名　　　　　　　　　　　　　（署名又は記名押印）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 町長 | 副町長 | 部長 | 部長意見 |
|  |  |  |

事務処理欄