

(様式第1号) (第5条関係)

山ノ内町猫繁殖制限手術費補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

山ノ内町長 様

申請(請求)者 住所

氏名

(団体の場合は団体名及び代表者氏名)

電話

山ノ内町猫繁殖制限手術費補助金交付要綱に規定する補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請(請求)します。

なお、申請にあたって、申請者の町税等の滞納状況調査について同意します。

記

区分	<input type="checkbox"/> 飼い猫 <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫(生息地域 )		
猫の名前		毛色	
補助金申請(請求)額	円	手術内容	<input type="checkbox"/> メスの不妊 <input type="checkbox"/> オスの去勢
振込先口座	金融機関名	銀行・信用金庫 信用組合・農協	支店 支所
	口座種別・番号	普通・当座	
	フリガナ		
	口座名義		

動物病院実施証明欄(※動物病院で記載してください)			
手術年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不妊手術費 <input type="checkbox"/> 去勢手術費	
繁殖制限手術を実施しました。			
動物病院所在地			
動物病院名称			
獣医師氏名			

添付書類

- 1 繁殖制限手術に係る領収書
- 2 町長が必要と認める書類(個体が識別できる写真(全身の写真))