

様式第 1 号（第 4 条関係）

（表）

年 月 日

（宛先）甲州市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

甲州市猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請書

甲州市猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱に基づき、次のとおり申請します。

なお、この申請にあたり、私の世帯の市税の納付状況を確認することについて同意します。

1 不妊・去勢手術に係る内容

○飼育猫

番号	猫の性別	名前	毛色	手術日	手術費用	補助金申請額
A1	オス・メス				円	円
A2	オス・メス				円	円
A3	オス・メス				円	円
合 計		匹	① 補助金申請額合計			円

○飼育する者がいない猫

番号	猫の性別	生息地	毛色	手術日	手術費用	補助金申請額
B1	オス・メス				円	円
B2	オス・メス				円	円
B3	オス・メス				円	円
合 計		匹	② 補助金申請額合計			円

(裏)

・飼育する者がいない猫の確認事項

(レ点チェックを入れてください。飼い猫は不要です。)

☐ 申請の猫は、他者の飼い猫ではなく、市内に生息する飼い主のいない猫に間違いありません。

☐ 猫に不妊又は去勢手術済みであることが分かるように、耳にV字カット等の処置を講じました。処置後の写真を添付します。

2 補助金申請額 _____ 円

※ ①と②の合計額を記入してください。

3 獣医師の証明

年 月 日
上記の猫に対して（不妊・去勢）手術を実施したことを証明します。
病 院 名
獣医師名

4 補助金振込先

金融機関名	支店名	区分	口座番号	口座名義人 (申請者と同一のこと)
		普通 当座		