

西予市猫不妊・去勢手術補助金交付申請書兼請求書

年 月 日

(宛先) 西予市長

〒 -

住所(団体は所在地)

(アパート名・号室)

団体名(団体のみ)

氏名(団体は代表者名)

電話番号 ()

西予市猫不妊・去勢手術補助金の交付を受けたいので、西予市猫不妊・去勢手術補助金交付要綱第5条の規定により、申請(請求)します。

交付の決定に際して住民基本台帳その他私の住所に関して必要な資料を担当職員が閲覧することに同意します。

なお、当該猫を対象に国、県その他団体から同様の補助を受けていないことを申し添えます。

種別	飼い猫	オス ()頭
		メス ()頭
	飼い主のいない猫 (保護場所:)	オス ()頭
		メス ()頭

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 無	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	所在地			
		施設名			
獣医師名					

補助金額	飼い猫 2,000 円	飼い主のいない猫 オス: 4,000 円 メス: 8,000 円
------	-------------	----------------------------------

補助金交付申請(請求)額	円
--------------	---

下記の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関									
	銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協		本店 ・ 支店 ・ 支所 ・ 出張所							
	種別	普通 当座	口座番号	第						号
	口座名義人	フリガナ								
氏名										

添付書類

(1) 動物病院が発行する手術料金の領収書又はその写し

(2) 振込先口座が分かる通帳の写し