|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |

|  |
| --- |
|  |

様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

飼い主のいないねこ不妊去勢手術費補助申請書

小竹町長　　殿

申請者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

携帯電話

　小竹町飼い主のいないねこ不妊去勢手術費補助事業実施要綱第６条第１項の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

１　手術の種類　　　不妊手術　・　去勢手術

２　手術をするねこ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主な生息地 | 小竹町 | | |
| 呼び名 |  | 性別 |  |
| 種類 |  | 毛色 |  |
| 推定年齢 |  | 個体表示等 |  |
| 特徴 |  | | |

３　手術予定

　(1) 指定動物病院名

　(2) 予定日　　　　　　　年　　月　　日

４　添付資料

　(1) 給餌等の活動状況が分かる書類

飼い主のいない猫給餌等活動調書

　　年　　月　　日現在

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | |
| 住　所 | | 小竹町大字　　　　　　　　　番地 | | |
| 電話番号 | |  | 携帯電話 |  |
| 活動場所 | | □自宅　　□私有地(自己所有)　　□私有地(他者所有)  □公共用地　　□施設名等(　　　　　　　　　　　　) | | |
|  | | |
| 給  餌 | 時間 | □午前　　□午後　　　　　(　　　時～　　　時頃) | | |
| 回数 | □不定期(具体的に　　　　　　)　□定期(毎日　　　　　　) | | |
| 方法 | □容器　　　□直まき | | |
| 片付け | □食べ終わるとすぐ　　□数時間後(いつ　　　　　)　□なし | | |
| 排泄管理 | | □トイレ設置　□フン拾い　□尿消臭　□清掃　□なし　□その他 | | |
| 協力者 | | 1. 氏名：　　　　　　　　　　　　　住所：  2. 氏名：　　　　　　　　　　　　　住所：  3. 氏名：　　　　　　　　　　　　　住所： | | |
| 協力事項 | |  | | |
| 地域報告 | | □なし　□チラシ　□回覧　□看板　□承諾(相手　　　　　　　　　　　　) | | |
| 活動の  きっかけ等 | |  | | |
| 給餌猫総数 | | 頭　(今回手術するねこ含め)　内手術済み　　　　　　頭 | | |
| 今回手術する猫の呼び名(　　　　　　　　　)　　性別(　オス・メス　)　毛色(　　　　　　　) | | | | |
| 特徴 | | | | |
| 写真添付箇所 | | | | |

様式第３号（第９条関係）

年　　月　　日

飼い主のいないねこ不妊去勢手術費補助金請求書（申請者用）

小竹町長　　殿

申請者

住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　小竹町飼い主のいないねこ不妊去勢手術費補助事業実施要綱第９条第１項の規定により、下記のとおり補助金を請求します。

記

１　請求金額　　　金　　　　　　　　　円

２　振込先

|  |  |
| --- | --- |
| 金融機関名 |  |
| 預金種目 | 普通　・　当座 |
| 口座番号 |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人  （補助対象者） |  |

３　手術実施証明（指定動物病院記入欄）

　　次のとおり手術したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 決定通知書  番号 | 第　　　号 | 決定日 | 年　　月　　日 | |
| 手術日 | 年　　月　　日 | 手術の種類 | 不妊手術・去勢手術 | |
| 指定動物  病院名 |  | | | |
| 住所 |  | | 電話  番号 |  |
| 手術をした  獣医師名 | 印 | | | |