

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		<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 私有地(自己所有) <input type="checkbox"/> 私有地(他者所有) <input type="checkbox"/> 公共用地 <input type="checkbox"/> 施設名等( )	
給餌	時間	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ( 時～ 時頃)	
	回数	<input type="checkbox"/> 不定期(具体的に ) <input type="checkbox"/> 定期(毎日 )	
	方法	<input type="checkbox"/> 容器 <input type="checkbox"/> 直まき	
	片付け	<input type="checkbox"/> 食べ終わるとすぐ <input type="checkbox"/> 数時間後(いつ ) <input type="checkbox"/> なし	
排泄管理		<input type="checkbox"/> トイレ設置 <input type="checkbox"/> フン拾い <input type="checkbox"/> 尿消臭 <input type="checkbox"/> 清掃 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 回覧 <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 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		