

年 月 日

佐川町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

佐川町猫不妊・去勢手術費補助金交付申請書

佐川町猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第6条の規定により、下記のとおり佐川町猫不妊・去勢手術費補助金の交付を申請します。

記

1 補助対象猫及び補助金交付申請額

番号	名 前	性 別	種 類	毛 色	手術実施日	手術費用	
1		オス・メス			年 月 日	円	
2		オス・メス			年 月 日	円	
3		オス・メス			年 月 日	円	
合計	匹	手術費用合計					円
		交付申請額合計					円
		(1匹につき5,000円以内)					

2 主な生息地等（飼い主のいない猫の場合のみ記入）

番号	主な生息地（地区名まで記入）	耳カット
1		あり・なし
2		あり・なし
3		あり・なし

実施証明欄 (動物病院記入)	上記の手術を実施したことを証明します。 動物病院の所在地 動物病院の名称 獣医師の氏名
-------------------	--

3 添付書類

- (1) 手術に係る領収書の写し
- (2) 飼い主のいない猫については識別措置を判別することができる全身が写った写真
- (3) 町税完納証明書
- (4) 上記に掲げるもののほか、町長が特に必要と認める書類

様式第4号（第8条関係）

補助金交付請求書

請求金額 金 円

年 月 日付け 第 号で交付額確定の通知のあった佐川町猫不妊・去勢手術費補助金について、佐川町猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第8条の規定に基づき、上記のとおり請求します。

年 月 日

佐川町長 様

補助対象者 住所
氏名
電話

上記の請求金額は、次の金融機関の口座に振り込んでください。

フリガナ													
口座名義人													
金融機関								種別		口座番号			
銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店・支所 出張所							普通 当座					
ゆうちょ銀行 (郵便局)	記号							番号					
	1					0	-						

※必ず補助対象者本人の口座名義でお願いします。

※金融機関又はゆうちょ銀行のどちらかに記入してください。