

別記

第1号様式(第6条)

令和 年 月 日

習志野市長 宛て

住 所
ふりがな
申請者 氏 名
電話番号

習志野市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費助成金交付申請書

習志野市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費助成金交付要綱第3条に係る助成対象者として、助成金の交付を受けたいので、同要綱第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。
なお、本申請の交付要件確認のため、習志野市が住民登録を確認することに同意します。
また、下記4の誓約事項を誓約します。

記

1 交付申請額 _____ 円 (不妊手術1件につき10,000円、去勢手術1件につき5,000円を上限とする。)

2 対象猫

| | | | | |
|---------------------|----|-----------------------------------|-------|-------|
| 給餌場所 (内は給餌場所の猫数) | | 習志野市 (_____ 匹、うち手術済み _____ 匹) | | |
| 性別 | 毛色 | 推定年齢 | 尾長 | その他特徴 |
| メス・オス | | | 長・中・短 | |
| 手術金額(税込) | | _____ 円 | | |

3 添付書類

- ・ 不妊・去勢手術の領収書の原本(宛名は申請者名であり、領収額の内訳が分かるもの)
- ・ 耳をV字カットしたことが分かる手術後の猫の写真

4 誓約事項 (必ず下記誓約事項を確認のうえ、すべてに☑をつけてください。)

- 対象猫は、習志野市内に生息する飼い主のいない猫です。
- 対象猫は、手術後、遅滞なく飼い主となるべき者を探し、又は元の場所に返戻します。
- 今後も飼い主のいない猫の繁殖抑制その他の問題解決に努め、地域住民の理解を得られるよう適正に管理します。
- 置きエサはしません。エサ場と排泄物等のこまめな清掃を行います。

【市内協力動物病院記入欄】 獣医師証明欄

習志野市長 宛て

上記対象猫について、_____年 月 日に

不妊手術(左耳V字カット) ・ 去勢手術(右耳V字カット) を確かに実施しました。

動物病院名 _____

獣医師氏名 _____