|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第２号（第５条関係） | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 立科町猫繁殖制限手術費補助金交付申請書兼請求書【飼い主のいない猫用】 | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和　　年 | | | | | | | | | | | 月 | | 日 | |
| 立科町長　　様 | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請（請求）者 | | | | | | | 住 所 | | 立科町大字 | | | | | |
| 氏 名 | |  | | | | | |
|  | | | |  | |
| 町内で活動する団体にあっては、  名称及び代表者の氏名 | | | | | | | |
| 電 話 | |  | | | | | |
| 立科町猫繁殖制限手術費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請及び請求をします。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 記 | | | | | | | | | | | | | | |
| 生息場所 | 大字　　　　　　番　付近　（具体的な場所等：　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 毛　色 |  | | 尾　長 | | | | □長　 □中　 □短 | | | | | | | |
| 補助金申請  （請求）額 | 円 | | 手術内容 | | | | □メスの不妊 | | | | □オスの去勢 | | | |
| 振込先口座 | 金融機関名 | |  | | | | | | 農協・銀行 | | | | | |
| 信用組合・信用金庫 | | | | | |
| 支店名 | |  | | | | 支店・支所 （ 預金種別： 普・当 ） | | | | | | | |
| 口座番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | |
| 口座名義 | |  | | | | | | | | | | | |
| 動物病院実施証明欄 | | | | | | | | | | | | | | |
| 手術年月日 | 令和　　年　　月　　日 | | | | □不妊手術費 | | | | 円 | | | | | |
| □去勢手術費 | | | |
| 申請者より飼い主のいない猫であることを確認した上で、繁殖制限手術を確かに実施しました。 | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 動物病院所在地 | | |  | | | | | | | | | |
|  | | 動物病院名称 | | |  | | | | | | | | | |
|  | | 獣医師氏名 | | |  | | | | | | ㊞ | | | |
| 添付書類 | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 繁殖制限手術に係る領収書の原本 | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 耳カット状況が確認できる写真 | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 町長が必要と認める書類 | | | | | | | | | | | | | | |