

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つては、  
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	<input type="checkbox"/> 長 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 短
補助金申請 （請求）額	円	手術内容	<input type="checkbox"/> メスの不妊 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不妊手術費 <input type="checkbox"/> 去勢手術費	円
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 <span style="float: right;">印</span>			

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