日南町飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

日南町長 様

申請者 住 所 申請者名 (または連携病院名) 連絡先 -

日南町飼い主のいない猫の避妊・去勢手術費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金を交付されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 誓約事項

申請に当たり、次の事項を誓約します。

- (1) 手術を受けた猫は、町内で保護した所有者のいない猫である。
- (2) 営利を目的として手術を受けさせない。
- (3) 当該猫に対して必ず耳カットを実施する。
- (4) 手術後は当該猫をもとの場所に戻す。
- (5) 様式第1号(第6条関係)を日南町へ連携病院を通して提出することに同意する。
- 2 補助金の交付申請額 金 円
- 3 手術を受けた猫

	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
1	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日

※2 匹目からは別紙に記載してください。

【添付書類】

- 1 手術後の写真(猫の全身及び耳カット確認できるもの)
- 2 領収書、又は手術に要した費用の支払証明

	1	
2	保 護 した場 所	日南町
	性別	オス・メス
	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	子刚 天旭平月日	十 /1 口
	保護した場所	日南町
3		
	性別	オス・メス
	発見時期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
4	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	,	
	保 護 した場 所	日南町
	性別	オス・・メス
5	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	1,4,7,4,4	, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
	保護 した場 所	日南町
	性別	オス・メス
6	発見時期	年月ごろ
	動物病院名	中 万こグ
		年 月 日
	手術実施年月日	年 月 日
	加無しよりま	ㅁᆂm
	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
7	発見時期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	Τ	T
8	保護した場所	日南町
	性別	オス・・メス
	発 見 時 期	年 月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日

	1	
9	保 護 した場 所	日南町
	性別	オス・・メス
	発見時期	年月ごろ
	動物病院名	7,3,6,5
		年 月 日
	手術実施年月日	<u> </u>
	/	
11	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	保 護 した場 所	日南町
	性別	オス・メス
12	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
		1 73 11
	保 護 した場 所	日南町
1.0	性別	オス・メス
13	発見時期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
14	発 見 時 期	年 月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日
	保 護 した場 所	日南町
	性別	オス・メス
15	発見時期	年 月ごろ
	動物病院名	1 7,100
		年 月 日
	手術実施年月日	年 月 日
16	/n =#) .b .Lp ===	
	保護した場所	日南町
	性別	オス・メス
	発 見 時 期	年月ごろ
	動物病院名	
	手術実施年月日	年 月 日