

三川町長 殿

《申請者》 住所又は所在地 三川町大字

(フリガナ)

氏名又は名称及び代表者氏名

電話番号

三川町猫不妊去勢手術費補助金交付申請書

三川町猫不妊去勢手術費補助金交付要綱第6条の規定に基づき、補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

1 申請額 _____円 2頭以上申請(別紙へ)

2 猫の情報

性別・手術区分	<input type="checkbox"/> オス・去勢手術	<input type="checkbox"/> メス・不妊手術	<input type="checkbox"/> 性別不明
毛色・特徴	毛色：	その他特徴：	
実施病院名			
手術予定日	年 月 日 (予定・決定・未定)		
<p>次の事項について相違ないこと及び遵守することを確認します。</p> <p>(飼い主のいない猫に対する補助金申請をする者)</p> <p><input type="checkbox"/> 申請した猫は、飼い主のいない猫であり、エサを与えていません。</p> <p><input type="checkbox"/> 捕獲場所に戻す場合、その猫が生息する限り、周辺環境の美化を図るとともに、近隣住民の理解を得るように努めます。</p> <p>(飼い猫に対する補助金申請をする者)</p> <p><input type="checkbox"/> 近隣住民に迷惑をかけることのないよう、責任をもって飼育します。</p>			

3 第三者による確認

申請者が申告した上記の内容について、相違ないことを確認しました。	
《確認者》	年 月 日
住 所	三川町大字 _____
氏 名	_____
電話番号	_____

※確認者について…申請者の属する世帯(団体の場合は、団体構成員)以外の町内在住者1人以上から確認を得られる者