

年 月 日

観音寺市長 宛て

住 所

氏 名 (※)

生年月日 年 月 日

電話番号 ()

(団体にあっては、所在地、名称、代表者氏名等)

(※)本人(代表者)による署名に代えて、記名押印することもできます。

観音寺市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金事前申請書

下記のとおり観音寺市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金の交付を受けたいので、観音寺市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金交付要綱第 5 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、この申請に当たり、動物病院への確認、私の住所、世帯及び市税の納付状況を調査することについて同意します。

記

1 手術を受けさせる猫

主な生息場所	観音寺市 付近
手 術 匹 数	匹
手術予定病院	

2 飼い主がいない猫とする根拠（あてはまる項目に☑をつけてください）

☐ 首輪がない。

☐ 見かけてから 1 か月以上経過し、常に住みついている。

☐ 生まれたときから知っている。

☐ その他 ()

3 添付書類

- (1) 誓約書（様式第 2 号）
- (2) 手術を受けさせる猫が生息する地域を示した地図
- (3) 前号により示した地域に手術を受けさせる猫の生息が確認できる写真
- (4) その他市長が必要と認める書類