

赤字：申請者記入箇所

青字：獣医師記入箇所

(第1号様式)

(飼い主のいない猫用)

国立市長 殿

申請者

申請日	令和〇年 6月 24日
住所	国立市富士見台2-47-1
ふりがな 氏名	くにたち 花子 
電話番号	042-576-2111

(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、団体名、代表者氏名及び電話番号)

猫の不妊去勢手術等補助金交付申請書 (飼い主のいない猫用)

国立市猫の不妊去勢手術等補助金交付要綱第5条の規定により、猫に不妊去勢手術等を実施したので、下記のとおり補助金の交付を申請します。

なお、この申請について、必要に応じて手術を行った動物病院等を国立市が確認すること、及び補助決定者の遵守事項(同要綱第8条)に同意します。また、手術を行った猫は、国立市内に生息する飼い主のいない猫に相違ありません。

記

1 交付申請額：**5,000**円

(不妊去勢手術5,000円、麻酔処置のみ3,000円。支払った不妊去勢手術等費用の額が下回る場合はその額)

2 対象猫：

性別	オス ・ メス
毛色	黒色
尾長	長 ・ 中 ・ 短
推定年齢	3歳
手術済識別措置	耳V字カット
生息地	国立市 富士見台2-47-1付近

3 獣医師の確認 (動物病院等記入欄)

令和〇年 6月 10日に (**不妊去勢手術** ・ 麻酔処置のみ) を確かに実施しました。

動物病院等名称 **公民館動物病院** 獣医師氏名 **公民 館二** 

所在地 **国立市中 1-15-3** 電話番号 **042-572-5141**


以下裏面

日付は空欄のままをお願いし(ます。号様式)

国立市長 殿

申請日 年 月 日

請求者

住所	国立市富士見台 2-47-1
ふりがな 氏名	くにたち はなこ 国立 花子 

(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、
団体名、代表者氏名)

空欄のままをお願いし(ます。)

猫の不妊去勢手術等補助金交付請求書

年 月 日付け国環境収第 号による
猫の不妊去勢手術等補助金の交付を下記のとおり請求します。

請求金額 **5,000** 円

補助金は下記の口座に振込みを依頼します。

金融機関名	支店名 (支店番号)	口座番号	口座名義人 (カタカナで記入)
国立信用 <small>銀行 金庫 組合 農協</small>	富士見台 <small>支店 本店 出張所</small>	1普通 2当座 222222	クニタチタロウ

請求者と口座名義人が異なる場合は、次の委任状にも記入・押印してください。

委任状

私(請求者)は、上記口座名義人を代理人と定め、上記補助金の受領に関する権限を委任します。

請求者 住所 国立市 富士見台 2-47-1

氏名 国立 花子 