

第1-1号様式（第4条関係）

年 月 日

宿毛市長 様

住所
氏名
電話

宿毛市飼い主のいない猫の不妊手術等補助金交付申請書兼請求書

宿毛市飼い主のいない猫の不妊手術等補助金の交付を受けたいので、宿毛市飼い主のいない猫の不妊手術等補助金交付要綱第4条の規定により、下記のとおり申請します。また、補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定を受けた当該補助金について請求します。なお、申請に当たっては、次に掲げる事項を誓約します。

- (1) 別表（第6条、7条関係）における排除措置対象者に該当しません。
- (2) 申請する猫について問題が発生した場合は、申請者が責任を負い、誠意を持って問題解決に努めます。
- (3) 規則第3条第2項第4号に規定する納税証明書の提出にかわり、私の納税状況を確認することについて承諾します。

記

1 補助対象猫及び補助金交付申請額（集中的不妊手術枠は第1-2号様式を添付）

番号	種類	毛色	手術実施日	手術費用
1			年 月 日	円
2			年 月 日	円
3			年 月 日	円
合計	匹	手術費用合計		円
		補助金申請額合計 (1匹につき不妊手術5,000円以内)		円

2 主な生息地等

番号	主な生息地（地区名まで記入）	耳カット	
1	宿毛市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
2	宿毛市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
3	宿毛市	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無

3 添付書類

- (1) 不妊手術等の領収証
- (2) 高知県飼い主のいない猫（メス）不妊手術等の確認できる書類
*添付書類は、原本を添付してください。原本は複写し確認後お返し致します。

4 補助金の振込先

振込先金融機関	銀行 農協	信金 信組 労金	本店 出張所 支所	預金 種別	普通 当座
口座番号					右づめでお願ひします
フリガナ					
氏名					
口座名義人住所					