

様式第1号(第7条関係)

年 月 日

真室川町長 様

(申請者)住所
氏名
電話番号

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業申込書

真室川町猫の不妊・去勢手術支援事業費補助金交付要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申し込みます。

1、事業の内容

手術の種類	手術件数	1件当たりの補助金の額(上限)	小計	補助金交付 申請予定額
不妊手術(メス)	件	円	円	円
去勢手術(オス)	件	円	円	

手術について (予定)	病院名	
	手術日	年 月 日

2、飼い主のいない猫について

確認者	住所	
	氏名	
	電話番号	

※行政区長などの近隣住民等、本人及びその家族以外の方から自署してもらうようお願いいたします。

手術を受ける猫を対象に、国、県、その他団体から同様の補助受けていません。
また、手術等に関して生じた事項等については、自己の責任で処理し、
私及び同居家族の住民登録の状況、町税等の納付状況及び課税状況を確認すること事を承諾します。

本人署名：_____