

様式第2号(第9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・去勢手術支援事業費補助金交付申請書兼実績報告書

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9条の規定に基づき、次のとおり関係書類を添えて申請（報告）します。

記

補助金交付申請額	円
----------	---

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 白 ☐ 灰 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 ヶ月未満 ☐ 6 ヶ月以上～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 ヶ月未満 ☐ 1 年 6 ヶ月以上

※手術の件数が複数の場合、別紙に記入して下さい。

不妊手術又は去勢手術を実施した猫の耳の状況がわかる写真を添付してください。

手術について	病院名	
	実施日	年 月 日
	費用	円（消費税込み） ※手術費用のみ。ワクチン等手術以外の費用は除きます。

※不妊手術又は去勢手術を実施した動物病院が発行した領収書の写しを添付してください。

振込先	金融機関	
	口座番号	
	口座名義人	

※当該通帳の写しを添付してください。

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上

手術 件目

手術の種類		☐ 不妊手術（メス） ☐ 去勢手術（オス）
猫について	種類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	毛色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ）
	年齢	☐ 6 か月未満 ☐ 6 か月～1 年未満 ☐ 1 年～1 年 6 か月未満 ☐ 1 年 6 か月以上