

様式第5（第13条関係）

小牧市飼い主のいない猫の去勢避妊手術費補助金交付申込書

年 月 日

（宛先）小牧市長

申請者  
住 所  
氏 名  
電 話

小牧市飼い主のいない猫の去勢避妊手術費補助金の交付を受けたいので下記のとおり申し込みます。なお、去勢避妊手術の実施に当たって生じた問題については、私が一切の責任を負います。

記

1. 飼い主のいない猫の概要

主な生息地	小牧市
毛色	白・黒・茶・その他（ ）

（注）猫の全身及び保護した場所が明確に分かる写真を添付してください。

2. 飼い主のいない猫であることの確認

確認者	住所	小牧市
	氏名	
	電話番号	
確認者	住所	小牧市
	氏名	
	電話番号	

（注）確認者（市内に住所を有し、申請者と世帯を別にする者）2名の署名が必要です。

3. 手術実施診療施設名及び手術予定日

手術実施診療施設名	
手術予定日	年 月 日

（注）手術を行う際は、手術済の証として片方の耳にV字カットを施していただく必要があります。

※下記の欄には記入しないでください。

身分証等確認済  受付番号

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。