

様式第3号（第8条関係）

令和 年 月 日

大石田町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

大石田町猫不妊・去勢手術費補助金交付申請書兼実績報告書

大石田町猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 事業の内容（該当項目に☑を入れてください）

手術の種類	☐ 不妊手術（めす） ☐ 去勢手術（おす）	
猫について	区 分	☐ 飼い猫 ☐ 飼い主のいない猫（保護する） ☐ 多頭猫 ☐ 飼い主のいない猫（保護しない）
	種 類	☐ 雑種 ☐ その他（ ）
	年 齢	☐ 0～6 カ月 ☐ 7 カ月～1 年 ☐ 1 年 1 カ月～1 年 6 カ月 ☐ 1 年 7 カ月～
	毛 色	☐ 黒 ☐ 灰 ☐ 白 ☐ 茶 ☐ その他（ ） ※猫の毛色全てにチェック
手術について	病院名	
	手術日	令和 年 月 日
	費 用	円（消費税込み）
※費用は手術費用のみ記載してください。ワクチン等手術以外の費用は除きます。		

2 申請者の依頼により避妊手術を実施した猫は上記の内容であることを証明します。（必ず獣医師より証明してもらうようにしてください。）

獣医師証明欄	住 所	
	獣医師名	⑩
	電話番号	
	V字カット	☐ 実施しました。 【飼い主のいない猫（保護しない）の場合は必ず記入】

3 添付資料

- (1) 避妊手術費の領収書及び請求明細書等内訳のわかる書類の写し
- (2) 振込口座通帳の写し