

（表面）

年 月 日

四万十市長 様

住 所
(フリガナ)
氏 名
生年月日
性 別 男 ・ 女
電 話

四万十市飼い主のいない猫不妊去勢手術推進事業費補助金交付申請書

四万十市飼い主のいない猫不妊去勢手術推進事業費補助金の交付を受けたいので、四万十市飼い主のいない猫不妊去勢手術推進事業費補助金交付要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 補助金交付申請額 円

2 振込先口座情報

金融機関名	銀行 店 農協 支店 組合 支所 信金 出張所
口座の種類	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ)	
口座名義人	

【注意事項】

振込先口座の名義人は補助金の申請者と同一の方に限ります。

※添付書類 手術の費用が記載された領収書及び耳の先端をVカットしたことが確認できる書類等（領収の明細、内訳等又はVカット実施済みの顔写真）

(裏面)

3 申請に係る猫及び補助金交付申請の詳細

番号	性別	毛色	手術実施日	手術費用	補助金交付申請額
1			年 月 日	円	円
2			年 月 日	円	円
3			年 月 日	円	円
4			年 月 日	円	円
5			年 月 日	円	円
合計	匹	合計		円	円
		※ 補助金交付申請額は、100 円未満切捨てです。			

4 申請に係る猫の主な生息地

番号	主な生息地（大字・小字又は地名・地先等）	備考
1		
2		
3		
4		
5		

5 特記事項

私は、次に掲げる事項を誓約します。

- (1) 排除措置対象者ではないことを誓約します。また、私が、排除措置対象者でないことを確認するために中村警察署に照会することを承諾します。
- (2) 四万十市飼い主のいない猫不妊去勢手術推進事業費補助金交付要綱第4条第2号に規定する市税の納付状況を市が確認することに同意します。
- (3) 手術により生じた問題について、市は責任を負いません。
- (4) 手術を行った診療施設等に必要な事項を市が確認することについて同意します。
- (5) 申請者の住所が四万十市に有ることを住民基本台帳等で市が確認することに同意します。
- (6) 申請者は、飼育管理する飼い主のいない猫について、手術後元の場所に戻し、トイレの設置、餌の適正な管理等、周辺環境の美化を図るとともに、近隣住民の理解を得るよう努めることに同意します。