

大野市長 様

申請者 住所

ふりがな

氏名

電話番号

（団体の場合は事務所の所在地、団体名及び代表者氏名）

大野市地域猫不妊去勢手術費補助金交付申請書

大野市地域猫不妊去勢手術費補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、申請に当たり次の事項を誓約します。

- 1 申請に係る猫は、飼い主のいない猫又は飼い主が不明な猫（地域猫）です。
- 2 手術済みの猫の耳にV字型の切り込みを入れる処置を行うことに同意します。
- 3 協力病院から地域猫の不妊去勢手術を終えた旨の連絡を受けたときに、速やかに当該地域猫を引き取ります。
- 4 手術後に引き取った地域猫を元の場所に戻し、動物愛護の観点から、適時餌やり、健康観察等を行うよう努めます。
- 5 この申請に当たり、住民基本台帳及び市税の納入状況等、市が有する情報のうち、審査の必要なものについて、市の職員が閲覧することに同意します。
- 6 補助金の請求に係る手続を協力病院に委任することに同意します。

記

手術をする猫の捕獲地	付近			
手術をする猫	性別	オス ・ メス	毛色や特徴	
市の補助金額	オス 1匹につき6,000円		メス 1匹につき9,000円	
地域猫であることの確認者 ※確認者が自署すること	住 所			
	氏 名			
	電 話			
添付書類	・ 申請者が団体の場合：団体の代表者及び主たる所在地が確認できる書類 代表者の住所が確認できる書類（団体の代表者が提出する場合） 委任状（代理人が提出する場合）			

備考1 地域猫であることの確認者は、区長等近隣住民の第三者で、同居家族等は不可。申請書の受領後、市から確認者に電話で確認をします。

- 2 手術を実施する地域猫1匹ごとに申請してください。