

年度飼い主のいない猫の不妊去勢手術費助成事業

助 成 金 交 付 申 請 書

年 月 日

倉敷市長 あて

申請者 <sup>ふりがな</sup>氏 名（法人にあつては名称及び代表者の氏名  
団体等にあつてはその名称及び代表者名）

住 所 〒

電話番号

このことについて、飼い主のいない猫の不妊去勢手術を実施し、手術の助成金の交付を受けたいので、倉敷市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費助成金交付要綱（令和2年7月1日倉敷市告示472号）第6条の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

記

1 実施対象地域	保護を実施する主たる住所： 倉敷市
2 手術対象猫頭数と 交付を受けようとする額	交付申請額： _____ 円 *1匹につき上限1万円 内訳：不妊手術 _____ 件、去勢手術 _____ 件
3 事業の目的	<input type="checkbox"/> 非営利目的 <input type="checkbox"/> 営利目的
4 添付書類	<input type="checkbox"/> (1)手術実施計画書 <input type="checkbox"/> (2)猫が主に生息する地域の地図 <input type="checkbox"/> (3)不妊去勢手術を実施する猫の写真 <input type="checkbox"/> (4)不妊去勢手術費の見積書(手術実施予定診療施設によるもの) <input type="checkbox"/> (5)猫に飼い主がいないことを地域住民に確認した書類 <input type="checkbox"/> (6)その他( _____ )
5 備考	