

伊那市猫繁殖制限手術費補助金交付申請書（実績報告書）兼請求書

年 月 日

（宛先）伊那市長

申請者（自署） 住所又は所在地
 名 称
 氏名又は代表者
 電 話 番 号

次のとおり関係書類を添えて、伊那市猫繁殖制限手術費補助金の交付を申請します。

また、伊那市猫繁殖制限手術費補助金交付要綱の規定を遵守するとともに、手術等に関して生じた事故等については、自己の責任で処理することを承諾します。

なお、この補助金の審査のため、申請者及び同一世帯員並びに団体にあつては代表者が納付すべき市税及び分担金、使用料その他の歳入の納付状況を事務担当者が確認することに同意します。

1 繁殖制限手術の内容 （該当項目に☑してください。）

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術（めす） <input type="checkbox"/> 去勢手術（おす）	
補助対象猫 について	区 分	<input type="checkbox"/> 飼い猫 <input type="checkbox"/> 保護猫 <input type="checkbox"/> 野良猫
	名 前 (飼い猫に限る)	
	毛 色	
手術の実施 について	手術した動物病院	
	所 在 地	伊那市
	手 術 日	年 月 日
	耳へのV字カット手術 (野良猫に限る)	<input type="checkbox"/> 実施
	手術費用※1	円（税込）
野良猫について※2		
申請者の依頼により繁殖制限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。		
獣医師証明欄	獣医師氏名	印

※1 費用は不妊手術、去勢手術及び野良猫の耳へのV字カット手術の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 必ず獣医師による証明を受けてください。

2 補助金交付請求額及び振込先

補助金交付請求額 (上限3,000円)		円
振込先口座	金融機関名	
	本・支店名	
	口座の種類	普通 ・ 当座 ・ その他
	口座番号	
	ふりがな	
	口座名義人	
添付書類	<input type="checkbox"/> 繁殖制限手術費の領収書及び請求明細書等内訳の分かる書類の写し <input type="checkbox"/> 振込先口座の分かるものの写し（通帳等の写し） <input type="checkbox"/> その他市長が必要と認める書類	