

様式第 1 号（第 7 条関係）

年 月 日

土佐町長 様

申請者 住所
氏名
電話

土佐町猫不妊去勢手術費用助成金交付申請書

土佐町猫不妊去勢手術費用助成金の交付を受けたいので、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

1. 助成申請額 _____ 円 （1 匹につき、5,000 円を上限とする。）

2. 不妊去勢手術をする猫について

	名前	性別	年齢	毛色	区分	飼い主のいない猫 生息地
1		メス・オス			飼い猫・飼い主いない猫	土佐町
2		メス・オス			飼い猫・飼い主いない猫	土佐町
3		メス・オス			飼い猫・飼い主いない猫	土佐町
4		メス・オス			飼い猫・飼い主いない猫	土佐町
飼い猫					飼い主いない猫	
メス 匹		オス 匹		メス 匹		オス 匹

※助成対象となる猫は、同一年度において 1 世帯 4 匹までとする。

3. 不妊去勢手術をする予定の動物病院

病院名			
所在地		電話番号	

私(申請者及び申請者世帯全員)は、助成金の申請に際し、以下の内容について同意いたします。

- ☐ 申請要件の確認のため、世帯の住民基本台帳登載情報、町税等の納付状況等の調査を受けることについて申請者世帯の全員が同意します。
- ☐ 助成金の活用により問題が発生した場合は、自らの責任で解決し、町は一切の責任を負わないことに同意します。