別記様式第１号（第５条関係）

年　　　月　　　日

　越知町長　様

住所 越知町

申請者 氏名 印

電話番号

越知町メス猫の不妊手術費助成金交付申請書兼請求書

　メス猫の不妊手術を受けましたので、助成金の交付を申請します。

記

助成金交付申請（請求）額　金 円

1　助成対象メス猫

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 名前 | 年齢 | 種類 | 毛色 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |

２　飼い主のいない場合

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 番号 | 主な生息地（地区名を記入） |  |
| １ | 越知町 |  |
| ２ | 越知町 |  |
| ３ | 越知町 |  |

３　手術実施証明

|  |
| --- |
| 手術実施証明書  　上記のメス猫の不妊手術を実施したことを証明します。  年　　　月　　　日  動物病院名  獣医師氏名 印 |

４　同意事項

* + 越知町メス猫の不妊手術費助成金交付要綱第６条に規定する助成金の交付の可否を決定するために必要な限度において、町長が私及び私の属する世帯全員の町税等の納付状況を調査することに同意します。

世帯構成員　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 氏名

* + 飼い猫は、終生飼養するとともに、しつけ等を行い、近隣住民に迷惑をかけないよう努めること。
  + 飼い主のいない猫は、トイレの設置、餌の適切な管理等周辺環境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。
  + 手術により生じた問題及び手術後に生じた問題について、町は責任を負わない。

　　　 　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　裏面に続く

（裏）

　助成金の交付決定がされましたら、次の口座に振り込んでください。

|  |  |
| --- | --- |
| 振込先 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　店  　　　　高知県農業協同組合　　　　　　　　　　　　　　　　 所 |
| 預金種別 | １　普通　　　　　２　当座 |
| 口座番号 | No. |
| 口座名義 | フリガナ |
|  |
| 住所 | 越知町 |

　（注） 　申請者名義の口座にしてください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ※領収書の原本をここに貼付けてください。 | | |

【注意】　貼付された領収書の原本はお返しできませんので、必要のある方は、写しをとってください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※  町  処  理  欄 | 交付決定額 | 決定者 | 課　長 |
| 円 |  |  |