別記様式第３号（第１０条関係）

年　　月　　日

（あて先）

池　田　町　長　　様

（申請者）住所　池田町

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話

飼い主不明な猫不妊手術等実施報告書兼補助金交付請求書

　　　年　　月　　日付け池環第　　号により承認された飼い主不明な猫の不妊手術等の実施について、池田町飼い主不明な猫不妊手術等費用補助金交付要綱第１０条の規定により、下記のとおり手術しましたのでその結果を報告するとともに、補助金の交付を受けたいので請求します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 毛の長さ | □　長毛　　　　　　　　　　□　短毛 |
| 毛色 | □黒 ・ □白 ・ □グレー ・ □茶 ・ □薄茶 ・ □こげ茶 |
| 手術の内容 | □　オス（去勢手術）　　　　 □　メス（避妊手術） |
| 手術済の識別処置実施部位 | □　右耳　　　　　　　　　　□　左耳 |

獣医師記入欄

上記のとおり　　　　年　　　月　　　日に生後約６か月以上の飼い主不明な猫に不妊手術及び手術実施済であることの識別処置を実施したことを証明します。

　　　　　　年　　　月　　　日　　実施病院名

　　　　　　　　　　　　　　　　　実施病院住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　獣医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

添付書類

１　不妊手術等に係る領収書（被承認者宛てのものに限ります。）

２　不妊手術等を受けた飼い主不明な猫の全体像を判別することができる写真

３　不妊手術等を受けた飼い主不明な猫の識別処置部分を判別することができる写真

|  |  |
| --- | --- |
| 請求金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 振込先 | 金融機関名 |  |
| 支店（支所）名 |  |
| 口座種別 | □　普通　□ 当座 | 口座番号 |  |
| 口座名義人 | ふりがな |  |
| 被承認者名 |  |

（注１）該当する□にレを入れること

（注２）請求金額は、不妊手術等に要した費用の２分の１です。（１００円未満切り捨て）

　　　　ただし、オスの場合は3,000円、メスの場合は4,000円が上限額となります。