

（宛先）

岩国市長 様

申請者 住 所

ふりがな

氏 名

生年月日

（電 話 - - ）

岩国市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費助成金交付申請書

岩国市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費助成金交付要綱に基づく不妊・去勢手術を実施し、助成金の交付を受けたいので、次のとおり申請します。

また、市税の納税状況について市職員が調査することについて承諾します。

1 対象となる飼い主のいない猫

性 別	毛 色	推定年齢	特 徴	生息地域
雄・雌				

上記の猫について、生息地域の住民が飼い主のいない猫として共通の認識を持っています。

2 対象となる手術の内容（次のいずれかを○で囲んでください）

不妊手術 ・ 去勢手術

3 助成金の交付申請額

金 円

（ただし、不妊手術は2万円、去勢手術は1万2,000円を上限とする。）

4 手術予定年月

_____年 月頃

5 本年度の申請件数

同一世帯内通算で一会計年度10回を限度のうち 回目

（自己飼養の場合：同一世帯内通算で一会計年度2回を限度のうち 回目）

6 添付書類

(1) 誓約書（様式第2号）

(2) 手術を受けさせようとする猫の特徴が分かる写真

(3) 相手方登録申出書

7 手術後の方針（該当の番号を○で囲んでください）

1 自己所有し適正飼養 2 適正飼養をする者への譲渡