

様式第4号（第8条関係）

年 月 日

光市長 様

申請者 住所（団体等、自治会等の場合は代表者の住所）

氏名（団体等、自治会等の場合はその名称及び代表者名）

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

電話 ()

飼い主のいない猫不妊・去勢手術費補助に係る事前確認書

光市飼い主のいない猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第８条の規定により下記のとおり提出します。

記

	項目	確認事項	市確認欄
1	申請の区分	☐ 個人 ☐ 団体等 ☐ 自治会等	☐
2	猫の確認	☐手術予定の猫は、市内に生息する飼い主のいない猫です。 ☐耳のV字カットに同意します。（個人は不要） ☐近隣に居住する住民２人以上の飼い主のいない猫であることの確認 一人目 住所 _____ 氏名 _____ 二人目 住所 _____ 氏名 _____	☐
3	手術する猫の保護について	・保護の方法（予定） ☐ 保護器 ☐ その他 ・周辺住民への説明 ☐ 説明済 （月 旬） ☐ 説明予定（月 旬）	☐
4	手術について	☐ 予約済（病院名 _____ ） ☐ 未定 ・手術予定時期_____月頃	☐
5	手術後の管理について	☐ 飼い主として屋内飼養する。 ☐ 元の場所に戻す。 ☐ 給餌場等の管理をする。 ☐ 譲渡先を探す。 【必須項目】 ☐ マナーを守らず餌をやることが、生活環境被害をもたらすことを理解しています。	☐
6	手術する猫に関するトラブルについて	☐ この猫に関するトラブル等は、自らの責任で処理します。	☐

手術する猫について

生息地	光市
性別	オス メス
毛色	
特徴	

カラー写真用台紙 ※複数匹の場合は、この用紙を印刷し貼り付けてください

【手術前 写真】



【手術前 全体拡大写真】※猫の顔を正面にして、首部分まで写るように撮影してください。

