

様式第 5 号（第 9 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・去勢手術費補助金交付申請書兼請求書

光市飼い主のいない猫不妊・去勢手術費補助金の交付を受けたいので、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 9 条の規定により、下記のとおり添付書類を添えて申請します。

記

請求金額	円		
実施件数	件		
内訳	不妊手術 頭× 円	去勢手術 頭× 円	

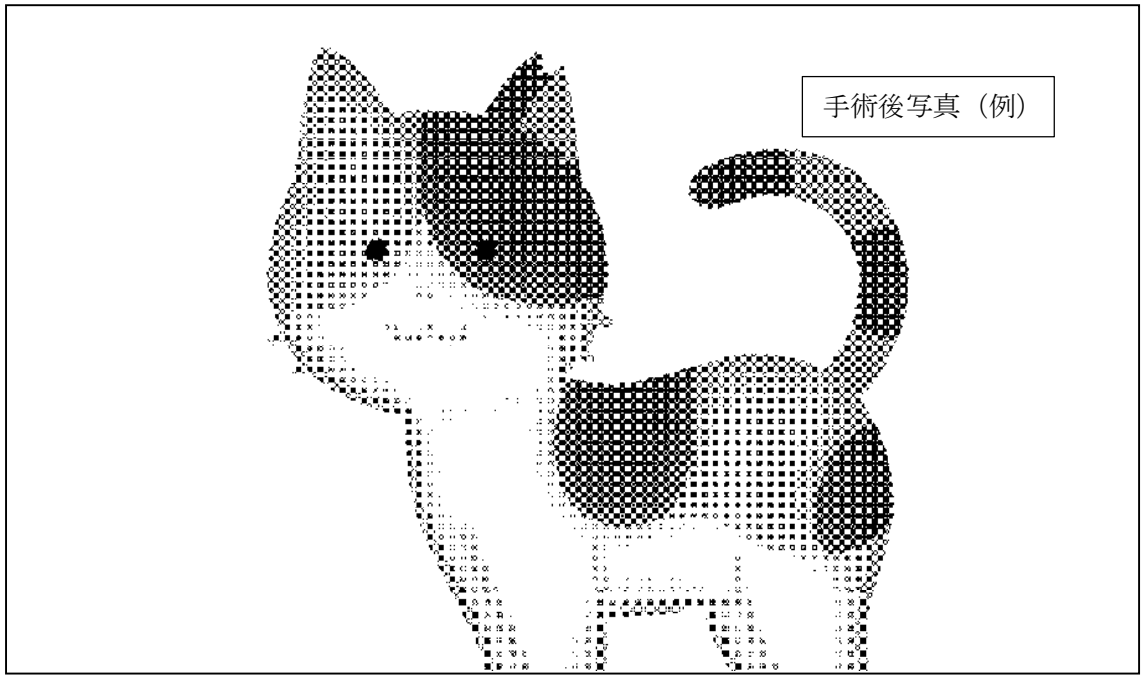
添付書類

- （１） 申請者名義の金融機関の通帳等の写し
（名義「カタカナ」、金融機関名、口座番号等の記載面）
- （２） 手術費用に係る領収書及び請求内訳書の原本（宛名が申請者本人であること。）
- （３） 耳の V 字カット後の様子と猫の全体の特徴が分かるカラー写真（第 3 条第 1 号に該当する場合は不要）及び猫の性別・毛色・特徴の記入
- （４） 本市市税の完納証明書（自治会等は除く。）
 - ・ 交付申請日の前 1 月以内に発行された申請者本人のもの

受付印
申請番号

○手術した猫について ※3匹以上の場合はこの用紙を印刷し、記入・カラー写真の貼付をしてください。

1 匹 目	性 別	オス メス
	毛 色	
	特 徴	



○手術した猫について

2 匹 目	性 別	オス メス
	毛 色	
	特 徴	

--	--