

朝日町長 鈴木 浩幸 様

住 所
氏 名
電話番号

（※運転免許証、マイナンバーカード等本人確認身分証の提示）

令和5年度朝日町猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請兼実績報告書

令和5年度朝日町猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 事業の内容（該当項目に☑を入れてください）

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術（めす）（ 匹） ・ <input type="checkbox"/> 去勢手術（おす）（ 匹）	
猫について	区 分	<input type="checkbox"/> 飼い猫・ <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護する） <input type="checkbox"/> 多頭猫・ <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護しない）
	種 類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> その他（ ）
	年 齢	<input type="checkbox"/> 0～6カ月 <input type="checkbox"/> 7カ月～1年 <input type="checkbox"/> 1年1カ月～1年6カ月 <input type="checkbox"/> 1年7カ月～
	毛 色	<input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 灰 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※猫の毛色全てにチェック
手術について	病院名	
	手術日	令和 年 月 日
	費 用	円消費税込み（不明の場合空欄とする）

※費用は手術費用のみ記載してください。ワクチン等手術以外の費用は除きます。

2 申請者の依頼により避妊手術を実施した猫は上記の内容であることを証明します。（必ず獣医師より証明してもらうようにしてください。）

獣医師証明欄	住 所	
	獣医師名	Ⓜ
	電話番号	
	V字カット	<input type="checkbox"/> 実施しました。 【飼い主のいない猫（保護しない）の場合は必ず記入】

3 添付資料

- （1） 避妊手術費の領収書写し
- （2） 振込先口座通帳の表紙・1ページ目の写し

※職員記入欄

--