

受付番号：

第1号様式（第6条関係）

猫不妊及び去勢手術費補助金交付申請書

年 月 日

海老名市長 殿

※個人の場合は世帯主で申請

申請者 (世帯主)	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	電 話	()

(第2条第1号の事務所等については、事務所等の住所、事務所等名、代表者名及び電話番号を記入)

猫不妊及び去勢手術費補助金の交付を下記のとおり受けたいので、海老名市猫不妊及び去勢手術費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

手術する猫の内容	1 件 目	区 分	<input type="checkbox"/> 飼い猫	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫
		手術内容	<input type="checkbox"/> 不妊手術 (メス)	<input type="checkbox"/> 去勢手術 (オス)
		生年月	年	月
	2 件 目	区 分	<input type="checkbox"/> 飼い猫	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫
		手術内容	<input type="checkbox"/> 不妊手術 (メス)	<input type="checkbox"/> 去勢手術 (オス)
		生年月	年	月
補 助 申 請 額	①不妊手術		匹 × 5,000円 =	円
	②去勢手術		匹 × 3,000円 =	円
	合計 (①+②)			円
手術予定獣医師	所在地	神奈川県		
	病院名			
手術予定年月日	年 月 日			
確 認 事 項	<input type="checkbox"/> 手術等に関して生じた問題については、申請者自身で解決し、市に対して一切の損害賠償等の請求を行いません。 <input type="checkbox"/> 補助金の交付申請に伴い、申請者に係る世帯状況及び市税の納付状況について、貴職の権限にて調査することに同意します。			