

記入見本

黒色で記入
ボールペンなど消せないもので記入

市で受付した順に
受付番号 番号を記入しますので
空欄でご提出ください。

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

空欄のままご提出ください
窓口で内容確認後に記入をお願いします。

→ 年 月 日

海老名市長 殿

※個人の場合は世帯主で申請

申請者は
「世帯主」となります。

平日昼間に連絡の取れる
電話番号を記入

申請者 (世帯主)	住 所	海老名市勝瀬〇〇〇
	フリガナ	エビナ タロウ
	氏 名	海老名 太郎
	電 話	携帯可 090 (XXXX) XXXX

(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
手術費補助金交付要綱第6条の規定により、関係書類を

該当箇所に記入、□にレ点チェックを
お願いします。

手術する猫の生まれた年月

手術する猫の内容	1 件目	区 分	<input checked="" type="checkbox"/> 飼い猫	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫
		手術内容	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊手術 (メス)	<input type="checkbox"/> 去勢手術 (オス)
		生年月	令和〇 年 〇 月	
	2 件目	区 分	<input type="checkbox"/> 飼い猫	<input checked="" type="checkbox"/> 飼い主のいない猫
		手術内容	<input type="checkbox"/> 不妊手術 (メス)	<input checked="" type="checkbox"/> 去勢手術 (オス)
		生年月	令和〇 年 〇 月	

2匹手術する場合に記入

補助申請額	①不妊手術 : 1 匹 × 5,000円 = 5,000 円
	②去勢手術 : 1 匹 × 3,000円 = 3,000 円
	合計 (①+②) 8,000 円

不妊・去勢それぞれの
数を記入

手術予定獣医師	所在地	神奈川県海老名市勝瀬〇
	病院名	〇〇ペットクリニック
手術予定年月日	令和〇 年 〇 月 〇 日	

病院が未定の場合は、空欄で、
決まった時点で
環境政策課にご連絡ください。

確認事項
 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。
 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。

確認事項をお読みいただき、同意の場合は、
□にレ点チェックを入れる。