様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

あわら市長　様

申請者　団体（区）名
住所　あわら市
氏名
電話番号

あわら市地域猫不妊手術費補助金申請書

飼い主のいない猫の不妊手術費用の助成を受けたいので下記のとおり申請します。なお、申請にあたり次の事項を誓約します。

１　申請する猫は、飼い主のいない猫又は飼い主が不明な猫（地域猫）です。

２　不妊手術の際に麻酔や施術により万一発生した不測の事態に対し、一切の異議申立てはいたしません。また問題が発生した場合には、申請者である私が責任を負い、誠意をもって問題を解決するよう努めます。

３　手術済みの猫の耳にＶ字の切り込みを入れる処置を行うことに同意します。

４　手術後は猫の糞尿の処理や餌やりなど適正に管理します。

□ あわら市地域猫不妊手術費補助金の適正な執行の範囲内で、市長が納税状況等を閲覧することに同意します。

□ 地域猫の不妊手術費補助金の実績報告、請求及び受領についての全てを公益社団法人福井県獣医師会に属する動物病院に委任します。

記

<table>
<tr><td>猫の主な生息地域</td><td colspan="4">あわら市　　付近</td></tr>
<tr><td rowspan="2">手術をする地域猫</td><td>性　別</td><td>□雄　・　□雌</td><td rowspan="2">特徴</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>毛　色</td><td></td></tr>
<tr><td>手術料金※</td><td colspan="4">去勢手術　　円　・　避妊手術　　円（税込）</td></tr>
<tr><td>市の助成金</td><td colspan="4">雄１匹につき6,000円　・　雌１匹につき9,000円</td></tr>
<tr><td rowspan="4">確認者
（近隣住民の場合は同一世帯不可）</td><td colspan="4">□　　区長　・　□近隣住民（関係：　　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">あわら市</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

持参書類：申請者の住所が確認できる書類（免許証又は保険証等）
　　対象となる猫の写真

※獣医師会特別料金を記載すること

税務課確認欄（完納・非課税）	