様式第１号

（表）

所有者不明猫避妊・去勢手術助成金交付申請書

　　　　年　　月　　日

摂津市長　　　　様

　　　住所

申請者　氏名

電話 （　　　）　　　-

次のとおり、所有者不明猫避妊・去勢手術助成金の交付を申請します。

１　交付申請額等

|  |  |
| --- | --- |
| 交付申請額 | 円　　 |
| 避妊・去勢手術実施病院 | 　　　　　　　　　　　市 |

２　所有者不明猫に関する情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 捕獲日時 | 年　　月　　日　　　時頃 | 性　別 | オス　・　メス |
| 毛　色 |  |
| 捕獲場所 | ※　裏面の地図もご記入ください。 |
| その他特徴 |  |
| 所有者不明猫である根拠 |  |

獣医師　様

次の欄の記入をお願いします。別に証明書が発行される場合でもご記入ください。

|  |
| --- |
| 手　術　証　明　書 |
| 上記所有者不明猫の（　□子宮摘出　　□卵巣摘出　　□精巣摘出　）手術を　　　　　　年　　　　月　　　　日に実施したことを証明します。　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日動物病院等　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 獣医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |

（裏）

　捕獲場所の地図記入欄（具体的に記入してください。）

|  |
| --- |
|  |