

阿南市飼い主のいない猫の不妊去勢手術助成事業（ 年度）

助 成 金 交 付 申 請 書

年 月 日

阿 南 市 長 宛て

申請者 住 所 〒

ふりがな
氏 名（団体にあってはその名称及び代表者名）

電話番号

阿南市飼い主のいない猫の不妊去勢手術助成金の交付を受けたいので、阿南市飼い主のいない猫の不妊去勢手術助成金交付要綱第 6 条の規定に基づき申請します。なお、審査にあたって必要な範囲で阿南市が住民基本台帳の閲覧および調査をすることに同意します。

1. 申請の対象となる猫

No	主 な 生 息 場 所	性 別	推定年齢	特徴（毛色・体格・傷など）
1		メス・オス・不明	才	
2		メス・オス・不明	才	
3		メス・オス・不明	才	
4		メス・オス・不明	才	
5		メス・オス・不明	才	
合 計 頭 数		頭（5 頭以上の場合は 6 頭目からを裏面に記載）		

2. 手術実施病院（予定）

病 院 名	
-------	--

3. 手術に要する費用及び交付申請額（申請の上限は 1 頭につき 10,000 円）

手術に要する費用（予定）	円	避妊手術（ 円 × 頭）
		去勢手術（ 円 × 頭）
交 付 申 請 額	円	避妊手術（ 円 × 頭）
		去勢手術（ 円 × 頭）

（裏面に続く）

処理欄：申請 No,

※申請頭数が5頭以上の場合は、6頭目からを下記に記載すること。

No	主な生息場所	性別	推定年齢	特徴（毛色・体格・傷など）
6		メス・オス・不明	才	
7		メス・オス・不明	才	
8		メス・オス・不明	才	
9		メス・オス・不明	才	
10		メス・オス・不明	才	

（誓約事項）

私は、飼い主のいない猫を対象に不妊去勢手術を実施するにあたり、以下の事項について、誓約します。

1. 申請にあたり猫の不妊去勢手術は飼い主のいない猫に限り実施します。
2. 対象となる猫に飼い主がいないことについて、首輪や名札等の有無、周辺住民への聴き取り、実施動物病院でのマイクロチップ読み取り等、施術前に十分な確認を行います。
3. 手術の実施については、事前に実施動物病院に対して、当該助成事業に申請をしての手術であること、及び実績報告書への実施動物病院の証明が必要であることを伝え、そのうえで実施動物病院と連携調整し、実施動物病院の指示に従います。
4. 手術した猫の耳は、V字カット等により手術済みと判別できるようにします。
5. 手術実施にあたり、施術及びこれに関して生じた事故・問題等については、私（団体）の責任において処理し、阿南市に一切迷惑をかけません。
6. 飼い主のいない猫の繁殖抑制、新たな飼い主探しその他猫に起因する問題の解決に努めます。
7. 地域環境を良好にするため、地域住民の理解が得られるよう努めます。

年 月 日

申請者 氏 名（団体にあつてはその名称及び代表者名）