

様式第1（第5条関係）

令和 年 月 日

稲沢市長 様

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 稲沢市  
(フリガナ)  
氏 名 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

(※日中連絡が取れるもの)

稲沢市飼い主のいない猫の避妊手術費補助金交付申込書

このことについて、稲沢市飼い主のいない猫の避妊手術費補助金交付要綱第5条の規定により、申し込みます。

記

1 事業の内容

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術（メス） ・ <input type="checkbox"/> 去勢手術（オス）	
猫について	種 類	
	毛 色	
手術について	動物病院名	
	予定日	令和 年 月 日
	費用(税抜)	円
補助金交付申請額		円

※市内で開業している動物病院に限る。

2 飼い主のいない猫について

確 認 者 (申込者以外)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

※確認者は、原則市内に住所を有し、申込者と別世帯の者とする。

この申込にあたり、手術等で生じた事故等一切のトラブルについては、申込者の責任で処理することを承諾します。

申込者（自署） 氏 名 \_\_\_\_\_

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

# 記入例

市（環境保全課）へ持参する年月日を記入してください。

様式第1（第5条関係）

令和××年××月××日

現住所を記入してください。

稲沢市長 様

〒 492 - 8269

住 所 稲沢市稲府町1番地

(フリガナ) イナザワ タロウ

名 稲沢 太郎

番号 ××××-××-××××

(※日中連絡が取れるもの)

## 補助金額

不妊手術（メス）：上限10,000円

去勢手術（オス）：上限6,000円

稲沢市飼い主のいない猫の避妊手術費補助金交付申込書

このことについて、稲沢市飼い主のいない猫の避妊手術費補助金交付要綱第5条の規定により、申し込みます。

記

### 1 事業の内容

手術の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 不妊手術（メス） ・ <input type="checkbox"/> 去勢手術（オス）	
猫について	種 類	日本猫
	毛 色	白・黒
手術について	動物病院名	×××××動物病院
	予定日	令和××年××月××日
	費用(税抜)	30,000円
補助金交付申請額	10,000円	

※市内で開業している動物病院に限る。

### 2 飼い主のいない猫について

確認者 (申込者以外)	住 所	稲沢市中野川端町74番地
	氏 名	環境 花子
	電話番号	××××-××-××××

※確認者は、原則市内に住所を有し、申込者と別世帯の者とする。

この申込にあたり、手術等で生じた事故等一切のトラブルについては、申込者の責任で処理することを承諾します。

申込者（自署） 氏 名 稲沢 太郎

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。

金額の訂正はできません。書き損じた場合は、新しい用紙に書き直してください。