

堺市地域猫不妊手術助成金交付申請書

年 月 日

堺市長 様

申請者 グループ名
 代表者 住 所
 (ふりがな)
 氏 名
 生年月日
 電話番号

年度 堺市地域猫不妊手術助成金交付要綱に基づき、地域猫の不妊手術について助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、手術実施にあたって生じた問題については、申請者が一切の責任を負います。

記

グループ構成員※1 (代表者を除く)	住所	
	氏名	
	住所	
	氏名	
不妊手術実施予定の猫の数		頭
交付申請額	円 (8,000円× 頭※2)	
添付書類	<input type="checkbox"/> 活動ルール及び計画書 (様式第1-2号) <input type="checkbox"/> 収支予算書 (規則様式第3号) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 申請者が活動地域の住民であることを証する書類 (健康保険証、運転免許証など公的機関発行の氏名、住所が記載されているものに限る) の写し	

※1 グループ構成員が3名以上の場合は、別紙に住所・氏名を記入し、提出すること。

※2 申請できる猫の数は、1回の申請につき、最大15頭までとする。