

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 活動団体名
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

活動団体構成員※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, 0 0 0 円× 頭※2)	
添付書類	☐ 活動ルール及び計画書 (様式第 1－2 号) ☐ 収支予算書 (規則様式第 3 号) ☐ その他 () ☐ 申請者が活動地域の住民であることを証する書類 (個人番号カード、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 活動団体構成員が 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 1 5 頭までとする。