様式第２号（第８条関係）

令和　　　年　　　月　　　日

東根市長　殿

申請者　　　住　　　　　所

氏名又は名称

及び代表者氏名

電　話　番　号

東根市猫の不妊去勢手術支援事業費補助金交付申請書兼事業実績報告書

令和　　年　　月　　日付で事業実施申込している東根市猫の不妊去勢手術支援事業費補助金について、東根市猫の不妊去勢手術支援事業費補助金交付要綱第８条の規定により、補助金交付申請書兼事業実績報告書を提出します。

なお、本申請に係る事務のため、所管課の担当職員が私（又は団体）の市税等情報について、閲覧することを承諾します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 補助金交付申請額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 手術の種類 | □ 不妊手術（メス）　　□ 去勢手術（オス） |
| 猫について | 種類 | * 雑種　　□その他（　　　　　　　　　　）
 |
| 毛色 | * 黒　　□ 灰　　□ 白　　□ 茶　　□その他（　　　　　）
 |
| 年齢 | * ６か月未満　　□ ６か月～１年未満
* １年～１年６か月未満　　□ １年６か月以上
 |

手術の件数が複数の場合、別紙に記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 手術について | 病院名 |  |
| 実施日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 費用 | 　　　　　　　　　　　　　円（消費税込み）※手術費用のみ。ワクチン等手術以外の費用は除きます。 |

不妊手術又は去勢手術を実施した動物病院が発行した領収書の写しを添付してください。