第１号様式(第５条関係)

南部町猫の不妊・去勢手術助成金交付申請書

　　年　　月　　日

　(宛先)　南部町長

郵便番号 　　　－

住 所 南部町

申請者　 ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ

氏 名

電話番号

南部町猫の不妊・去勢手術助成金の交付を受けたいので、南部町猫の不妊・去勢手術助成金交付要綱（以下

「要綱」という。）第５条の規定により、次のとおり申請します。また、申請に当たり次の事項を宣誓します。

１　申請する猫は、要綱に定めのある猫です。

２　申請する猫について、問題が発生した場合には、申請者及び確認者が責任を負い、誠意を持って

　　問題解決に努めます。

３　申請する猫に対し、不妊・去勢済みの証明として耳先カットを実施しました。

４　申請する猫は、元の場所に戻すか、飼い主となる者を探すよう努めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請額 | 円 |
| 性別 | 雄　　・　　雌 | 毛　色 |  |
| 呼び名 |  |
| 手術実施動物病院 |  |
| 手術実施年月日 | 　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請者口座名義 | 口座振替先金融機関 | 口座種別 |
| フリガナ | 金融機関コード番号 | 支店コード番号 | 普通 ・ 当座 |
|  |  |  |  |  |  |  | 口座番号 |
| 氏名 | 銀 行 農 協 本 店信 金 労 金 支 店信 組 その他 (出張所) |  |
| 　　銀行ゆうちょ | 種目コード | 金融機関コード | 通 帳 記 号 | 通 帳 番 号 |
| 1 6 6 | 9 9 0 0 | 1 |  |  |  | 0 | の |  |

※申請内容に虚偽等不正な行為があった場合は、交付した助成金の全額返還を求めます。

(裏　面)

飼い主のいない猫の申請をする場合にご記入ください。

主な生息地(※必須) 南部町

○飼い主のいない猫と判断した理由(該当項目に○印を記入。その他に関しては具体的に記入してください。)

(　　)首輪をしていない

(　　)雑種である(見た目が純血種でない)

(　　)見かけてから１か月以上経過している

(　　)人に慣れていない

(　　)その他(　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　)

上記の記載事項に相違ないことを確認します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確　認　者(※必須) | 住　所 | 　南部町 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 電　話 |  |

注)確認者(町内に住所を有し、申請者と世帯を別にする人に限る)の署名が必要です。

～申請者の方へ～

※助成上限金額(耳先カット代も含む手術費用が対象)

不妊手術・・・１匹につき２２,０００円　　　　去勢手術・・・１匹につき１５,０００円

（ただし、手術に要した費用が山梨県猫不妊・去勢手術助成事業助成金交付要綱第２条表中①に定めの

ある基準を超えない場合、費用に１,０００円を加算した金額を交付額とする。）

※飼い猫については、県の基準額を上限金額とする。

※申請には証明書の他、**申請書、領収書の原本、助成金受入口座のわかるものが必要です。**

※申請書の住所欄には住民基本台帳に記載されている住所をご記入ください。

※処置証明書の手術依頼者、領収書の宛名と申請書の届出者・口座名義人は同一氏名として下さい。

※複数匹手術した場合、領収書は基本的に１匹ずつとし、やむなく複数記載の場合は、必ず１匹ずつ

の手術費用が明確に分かれているものとして下さい。

※**事前に飼い主のいない猫であることの証明を記入し、第三者に確認してもらう**必要があります。

お問い合わせ先　　南部町役場　水道環境課　TEL　0556（66）3407　直通