様式第１号（第６条関係）

令和　年　月　日

高浜町長　様

申請者　団体(区)名

住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

**高浜町飼い主のいない猫の不妊手術支援事業補助金申請書**

高浜町飼い主のいない猫の不妊手術支援事業の補助を受けたいので下記のとおり申請します。なお、申請にあたり次の事項を誓約します。

1. 申請する猫は、飼い主のいない猫（野良猫）です。
2. 不妊手術の際に麻酔や施術により万一発生した不測の事態に対し、一切の異議申し立てはいたしません。また問題が発生した場合には、申請者である私が責任を負い、誠意をもって問題を解決するよう努めます。
3. 手術済みの猫である識別の措置として、耳のV字カットを行うことに同意します。
4. 手術後は、糞尿の管理や餌やりなど適正に管理します。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 猫の主な生息地域 | 高浜町　　　　　　　　　　　　　　　 付近 | | | | |
| 手術をする  飼い主のいない猫 | 性 別 | | 雄　・　雌 | 特 徴  (毛色･柄等) |  |
| 推定年齢 | | 歳(程度) |
| 手術料金 | 不妊手術料金  去勢 ・ 避妊　手術：　　　　　　　　円（税込） | | | | |
| 町の補助額 | オス ・ メス　１匹につき　　　　　　　円 | | | | |
| 確認者  （近隣住民の場合は同一世帯不可） | * 区長 ・ □ その他（関係：　　　　　　　　　　） | | | | |
| 住 所 | 高浜町 | | | |
| 氏 名 | 印 | | | |
| 電 話 |  | | | |
| 持参書類　：　**申請者の住所が確認できる書類(免許証、保険証等)が必要です。** | | | | | |

＊手術後の申請では、高浜町の補助は受けられませんのでご注意ください。