様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

小浜市長　　様

申請者　住所　小浜市

氏名　　※

電話

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。
団体および法人が申請する場合は、代表者本人が手書きするか、記名押印をしてください。

小浜市飼い主のいない猫の不妊手術支援事業費補助金申請書

飼い主のいない猫の不妊手術費用の助成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。

以下の誓約事項を確認し、チェックを入れてください。

- □ 申請する猫は、飼い主のいない猫または飼い主が不明な猫です。
- □ 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致しません。
  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、誠意を持って問題を解決するよう努めます。
- □ 手術済みの猫の耳にＶ字の切り込みを入れる処置を行うことに同意します。
- □ 飼い主のいない猫の不妊手術支援事業費補助金の実績報告、請求および受領についてのすべてを公益社団法人福井県獣医師会に委任します。
- □ 不妊手術は必ず協力病院で予約し、予約のない場合は手術が実施できないことを理解し、協力病院の指示に従います。

記

<table>
<tr><td rowspan="2">手術をする猫の情報</td><td>性　別</td><td>雄　・　雌</td><td>生息地域</td><td>小浜市　　付近</td></tr>
<tr><td>毛　色</td><td></td><td>特徴(容姿)</td><td></td></tr>
<tr><td>術後の管理について</td><td colspan="4">□生息（保護）場所へ解放　□地域猫として飼育管理
□飼い猫として終生飼育　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">飼い主のいない猫であることの確認</td><td colspan="4">区長又は近隣の方の署名・捺印が必要です。
近隣の方の場合、申請者との関係をご記入ください。（申請者と同一世帯の方は不可）
□　　区長　□近隣の方（関係：　　）</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">小浜市</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="3">印</td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>手術予定病院</td><td colspan="4">おちたに獣医科病院　・　はしづめ動物病院　・　わかさ動物病院</td></tr>
<tr><td colspan="5">添付書類：対象となる飼い主のいない猫の写真
持参書類：申請者の住所が確認できる書類（運転免許証、個人番号カード等）が必要です。</td></tr>
</table>