

様式第 1 号（第 6 条関係）

令和 年 月 日

越前町長 あて

住所 越前町  
氏名（団体名）  
電話番号

## 令和 年度越前町地域猫不妊手術費補助金申請書

飼い主のいない猫（以下「地域猫」という）の不妊手術費用の補助金の交付を受けたいので、越前町地域猫不妊手術費補助金交付要綱第 6 条の規定により、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、本町の区域内に生息する飼い主のいない猫、または飼い主が不明な猫です。
- 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、一切の異議申立てはいたしません。また、問題が発生した場合は、申請者である私が責任を負い、誠意をもって問題を解決します。
- 3 不妊手術済みの地域猫の片耳に V 字型の切り込みを入れる識別処置を行うことに同意します。
- 4 不妊手術済みの地域猫の糞尿の処置や餌やり等適正に管理します。

## 記

地域猫の生息区域	越前町		付近	
手術をする地域猫	性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	毛色	
	特徴			
申請する金額	<input type="checkbox"/> 6,000 円（オス） <input type="checkbox"/> 9,000 円（メス）			
地域猫の確認者 ※申請者と同一 世帯員以外の者	<input type="checkbox"/> 区長（      区） <input type="checkbox"/> 近隣住民			
	住所	越前町		
	氏名			
	電話			

※申請者の本人確認ができる書類（運転免許証、健康保険証等）をあわせてご持参ください。

※申請書は地域猫 1 匹につき 1 枚提出してください。