

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

小松島市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費補助金申請書

(宛先)

小松島市長

申請者 住所

ふりがな

氏名

電話番号

印

小松島市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費補助金の交付を受けたいので、小松島市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱第6条の規定に基づき申請します。なお、審査にあたって必要な範囲内で小松島市が住民基本台帳の閲覧及び調査をすることに同意します。

1. 補助金交付申請額 円

2. 対象となる猫

性別	雄 ・ 雌
毛色	
推定年齢	
特徴 (個体識別可能な身体特徴等)	
生息場所	
手術実施病院名 (予定)	
手術に要する費用 (予定)	円

(裏面に続く)

・誓約事項

私は、飼い主のいない猫を対象に不妊・去勢手術を実施するにあたり、以下の事項について、誓約します。

1. 申請にあたり猫の不妊・去勢手術は飼い主のいない猫(小松島市に生息)に限り実施します。
2. 手術の実施に際しては、市が指定する実施動物病院と連絡調整し、実施動物病院の指示に従います。
3. 手術した猫の耳は、Vカットにより手術済みと判別できるようにします。
4. 手術実施にあたり、施術及びこれに関して生じた事故・問題等については、私の責任において処理し、小松島市に一切迷惑をかけません。
5. 飼い主のいない猫の繁殖抑制、新たな飼い主探しその他猫の問題解決に努めます。
6. 生活環境を良好にするため、地域住民の理解が得られるよう努めます。

年 月 日

申請者 住所

氏名 印

※市が指定する実施動物病院

	病院名	住所
1	土橋動物病院	小松島市田野町高田 1 0 3
2	とし動物病院	小松島市江田町敷地前 4 4 - 8
3	ちとせばし動物病院	小松島市松島町 1 3 - 7
4	ちよがまる動物病院	徳島市大原町千代ヶ丸 2 4 - 1