

平成 年 月 日

(宛先) 春日井市長

〒
申請者 住所
氏名 印
電話

飼い主のいない猫の去勢・避妊手術費補助金交付申請書

次の猫は、市内に生息しており、飼い主がいないことを確認しましたので、春日井市補助金等に関する規則第3条の規定により、次のとおり補助金の交付を申請します。

猫の主な生息地域	春日井市		付近	
手術する猫	性別	雄・雌	種類	
	毛色		その他	
補助金申請額	円 (去勢手術1頭: 7,500円、避妊手術1頭: 12,500円)			
手術を予定する動物病院				
飼い主のいない猫であることの確認 ※ 確認者が「区長、町内会長、自治会長」の場合 (確認者は1名のみで可) は、必ず「団体名」をご記入ください。 それ以外の場合 (確認者は2名必要) は、「その他」に印を付け、必ず「申請者との関係」をご記入ください。				
確認者	(※団体名記入) <input type="checkbox"/> _____ 区長・町内会長・自治会長 (※申請者との関係を記入) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> その他 () ()			
住所	春日井市		春日井市	
氏名	印		印	
電話				
確認書類: 申請者の住所が確認できる書類 (免許証、住民票、保険証等) 添付書類: 飼い主がいない猫の写真				

補助金交付の申請にあたり問題が発生した場合は、申請者である私が責任を負い、誠意を持って問題を解決することを誓約します。

氏名 印

申請者の方の個人情報を「手術を予定する動物病院」に提供することについて

私（申請者）は、春日井市が私（申請者）が申請した「手術を予定する動物病院」に対して、飼い主のいない猫の去勢・避妊手術費補助金交付申請の受理の連絡をする目的で、私（申請者）の個人情報（氏名、電話番号）を提供することに同意いたします。

氏 名

印