

年 月 日

(宛先) 春日井市長

〒
申請者 住 所
氏 名
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。

猫の捕獲予定地	春日井市		
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: 6,500円、避妊手術1頭: 11,500円)		
手術を予定する動物病院			
飼い主のいない猫と判断した理由(該当する項目に印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 近隣住民から聞き取りにより判断。 <input type="checkbox"/> 敷地管理者に確認。 <input type="checkbox"/> その他 ()		
飼い主のいない猫であることの確認 ※ 確認者は(2名必要)は、市内に住所を有し、申請者とは世帯が別の方を記入してください。			
確認者	申請者との関係 ()	申請者との関係 ()	
住所	春日井市	春日井市	
氏名			
電話			
確認書類: 申請者の住所が確認できる書類 <input type="checkbox"/> 免許証、 <input type="checkbox"/> 保険証、 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード、 <input type="checkbox"/> 住民票、 <input type="checkbox"/> その他() 添付書類: 飼い主がいない猫の写真(屋外で撮影し、猫の特徴が分かるもの) 2枚			

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

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

補助金の請求及び受領権限の委任について

私（申請者）は、この補助金の請求及び受領権限を手術を行った動物病院に委任します。

氏 名

※必ず申請者本人が署名してください。