

寒河江市長 齋藤 真朗 様

住 所

氏 名

電話番号

(※運転免許証、マイナンバーカード等本人確認身分証の提示)

令和8年度寒河江市猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請書兼実績報告書

令和8年度寒河江市猫の不妊・去勢手術費補助金交付要綱第7条の規定により、関係書類を添えて申請します。

1 事業の内容（該当項目に☑を入れてください）

手術の種類		<input type="checkbox"/> 不妊手術（めす） ・ <input type="checkbox"/> 去勢手術（おす）
猫について	区 分	<input type="checkbox"/> 保護猫 <input type="checkbox"/> さくら猫 <input type="checkbox"/> 多頭飼育猫
	種 類	<input type="checkbox"/> 雑種 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）
	年 齢	<input type="checkbox"/> 6か月未満 <input type="checkbox"/> 6か月～1年未満 <input type="checkbox"/> 1年～1年6か月未満 <input type="checkbox"/> 1年6か月～
	毛 色	<input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 灰 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※猫の毛色全てを記入
手術について	病院名	<input type="checkbox"/> こうの動物病院 <input type="checkbox"/> さがえ動物病院 <input type="checkbox"/> 元町動物病院 <input type="checkbox"/> 市外(県内)の動物病院（ ）
	手術日	令和 年 月 日
	費 用	円（手術費用のみとする。消費税を含む。）
<input type="checkbox"/> 上記の猫に関して、国、県その他団体から同様の補助金は受けておりません。		

2 補助金の受給を上記の動物病院に委任します（動物病院の口座への支払を希望します）。 はい いいえ

3 申請者の依頼により避妊手術を実施した猫は上記の内容であることを証明します。

獣医師証明欄	住 所	
	獣医師名	⑨
	電話番号	
	V字カット	<input type="checkbox"/> 実施しました。 【 さくら猫の場合は必ず実施 】

4 添付資料

- (1) 避妊手術費の領収書（明細がわかるもの）の写し
- (2) 振込先口座通帳の写し（本人が受け取る場合）

※職員記入欄