

別記様式第1号(第5条関係)

大泉町犬及び猫の避妊等手術費補助金交付申請書

年 月 日

大泉町長 様

住 所

氏 名



私が所有し飼養している下記の対象動物に避妊手術等を受けさせたいので、補助金を交付して下さるよう申請します。

記

1 補助対象動物

種 類 別	性 別	年 齢	毛 色	名 号	体 格

2 登録番号等(猫の場合は、記入の必要がありません。)

登 録 番 号	狂犬病予防注射番号

3 指定獣医師

住 所	
氏 名	

別記様式第3号(第8条関係)

大泉町犬及び猫の避妊等手術費補助金実績報告書

年 月 日

大泉町長 様

補助対象者 住 所

氏 名

印

年 月 日付けで交付決定通知を受けた対象動物の避妊手術等を下記のとおり実施しましたので大泉町犬及び猫の避妊等手術実施済証明書を添付し報告します。

記

1 手術実施年月日 年 月 日

2 指定獣医師 住 所  
氏 名

別記様式第4号(第8条関係)

大泉町犬及び猫の避妊等手術実施済証明書

1 実施動物

種 類 別	性 別	年 齢	毛 色	名 号	体 格

2 登録番号等(猫の場合は、記入の必要がありません。)

登 録 番 号	狂犬病予防注射番号

3 犬及び猫の所有者

住 所	大泉町
氏 名	

4 手術実施年月日

年 月 日
-------

上記の対象動物の避妊手術等を実施したことを証明します。

年 月 日

指定獣医師 住 所  
氏 名

印

別記様式第5号(第8条関係)

大泉町犬及び猫の避妊等手術費補助金交付請求書

年 月 日

大泉町長 様

請求者 住 所

氏 名

印

犬及び猫の避妊等手術費補助金として、下記の金額を請求します。

記

請求金額

円

補助金の振込先 金融機関名

口座名義人

口座番号(普通・当座)

町 税 等 調 査 閲 覧 同 意 書

私は、犬及び猫の避妊等手術費補助金の申請に当たり、私及び私の世帯員について、下記の事項を関係職員が調査のため閲覧することに同意します。

記

- 1 住民登録の状況
- 2 町税（大泉町町税条例第3条に規定する町税）の納税状況
- 3 国民健康保険税の納税状況

年 月 日

大泉町長 様

住 所

氏 名

印