

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

牛久市長 殿

申請者 住所
氏名 印
電話番号

去勢・不妊手術費助成申請書

私が所有する（飼犬・飼いねこ）の（去勢・不妊）手術を受けるに当たり、牛久市犬及びねこの去勢及び不妊手術費助成事業実施要綱（平成23年告示第105号）に基づき助成を受けたいので、次のとおり申請します。

| | | | | |
|----------|--|---|-------|--------------|
| 対象 | 犬・ねこの名 | | 飼い主氏名 | (犬の場合は登録者氏名) |
| | 種類 | | 性別 | |
| | 毛色 | | 生年月日 | |
| | 手術実施予定日 | 年 月 日 | | |
| | 助成について | <input type="checkbox"/> 本年度、同世帯で助成を受けていない。 <input type="checkbox"/> 他の助成制度を受けておらず、又は受ける予定はない。 | | |
| | 飼犬について | <input type="checkbox"/> 牛久市において狂犬病予防法に基づく登録をし、狂犬病の予防注射を受けている。 鑑札番号 第 号 注射済証番号 年度 第 号 | | |
| 飼いねこについて | <input type="checkbox"/> 名札を装着する等の措置をしている。 | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | 支店名 | |
| | 預金種目 | 普通 当座 | | |
| | 口座番号 | | | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義 | | | |
| 獣医師確認欄 | 手術実施日 | 年 月 日 | | |
| | 上記の手術を実施したことを証明します。 動物病院名 獣医師名 印 | | | |
| 市確認欄 | | | | |

添付書類：通帳のコピー等（振込先、口座番号等が確認できるもの）