

第 4 号様式（第 1 2 条関係）

年 月 日

大垣市長 様

(申請者) 住所 _____
 氏名 _____
 電話 _____

大垣市飼い主不明な猫不妊手術等実施報告書

年 月 日付け 第 号 の補助金交付決定通知に係る不妊手術等を実施したので、大垣市飼い主不明な猫不妊手術等事業補助金交付要綱第 1 2 条の規定により、次のとおり報告します。

| | |
|--------------|--|
| 毛の長さ | <input type="checkbox"/> 長 <input type="checkbox"/> 短 |
| 毛 色 | |
| 手術の内容 | <input type="checkbox"/> オス(去勢手術) <input type="checkbox"/> メス(避妊手術) |
| 手術済の識別処置実施部位 | <input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳 |
| 不妊手術等に要した経費 | 円 |
| 交付決定額 | <input type="checkbox"/> 3,000 円 <input type="checkbox"/> 4,000 円 <input type="checkbox"/> 円 |

| |
|--|
| 獣医師記入欄 上記のとおり 年 月 日に生後約 6 箇月以上の猫に不妊手術及び手術実施済であることの識別処置を実施したことを証明します。 年 月 日 協力病院名 協力病院所在地 獣医師氏名 |
|--|

添付書類

- 1 不妊手術等に係る領収書（申請者宛てのものに限ります。）
- 2 不妊手術等を受けた飼い主不明な猫の全体像を判別することができる写真
- 3 不妊手術等を受けた飼い主不明な猫の識別処置部分を判別することができる写真