

年 月 日

（申請先）茨木市長

申請者：住 所

捨 印

ふりがな
氏 名 ⑩
ふりがな
(世帯主)
電話番号

（法人その他の団体にあつては、その名称、代表者の氏名及び所在地）

茨木市飼い猫等避妊・去勢手術費補助金交付申請書

飼い猫等避妊・去勢手術費補助金の交付を次のとおり申請します。

補助金交付申請額 円

愛 称	性 別	年 齢	毛 色
	オス メス		

〔同意〕

茨木市飼い猫等避妊・去勢手術費補助金の審査のために必要があるときは、私及び私の世帯全員の住民登録について茨木市長が住民基本台帳で確認することに同意します。

申請者 ⑩

※飼い猫に係る補助金の申請者のみ記入してください。

受付	号
----	---

《獣医師証明欄》

猫の（ <input type="checkbox"/> 精巣摘出 <input type="checkbox"/> 子宮摘出 <input type="checkbox"/> 卵巣摘出）手術を	年 月 日に行つ
たことを証明します。	
	年 月 日
動物病院等 所在地	
名 称	
獣医師の氏名	⑩
電 話	

※登録団体が所有者不明猫に手術を受けさせる場合は、手術に要した費用が記載された領収書等の原本を添付してください。