

様式第10号 (第13条関係)

日田市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費助成金  
交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

日田市長 様

〒  
(申請者) 住 所  
氏 名  
電話番号

飼い主のいない猫の不妊去勢手術費助成金について、日田市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費助成金交付要綱第13条の規定により、次のとおり交付されるよう申請します。

記

1. 申請内容

請 求 額	円		
金 融 機 関	(銀行名)	(支店名)	支店
口 座 種 別	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 当 座 <small>(該当するものにチェックをつけてください)</small>		
フリガナ			
本人口座名義			

口座番号 (銀行・右づめ)									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

口座番号 (ゆうちょ銀行)				—					
------------------	--	--	--	---	--	--	--	--	--

2. 添付資料

(1) 実績報告書類 (手術を実施した猫の一覧)

助成上限額  
オス: 5,000 円  
メス: 10,000 円 【職員記入欄】

No.	性別	毛色	手術年月日	手術費用	請求額	管理番号
1	オス・メス		令和 年 月 日	円	円	
2	オス・メス		令和 年 月 日	円	円	
3	オス・メス		令和 年 月 日	円	円	
4	オス・メス		令和 年 月 日	円	円	
5	オス・メス		令和 年 月 日	円	円	

手術頭数	オス 頭	メス 頭
手術費用合計	円	
請求額合計	円	
事業を行った地域		

※申出受領書に記載された以上の頭数は、交付申請を受けても助成金の交付はできません。

(2) 手術に要した費用に係る領収書

管理番号 \_\_\_\_\_

--

(3) 手術後の猫のカラー写真 (全身及び耳先カット措置のわかる顔の拡大写真)

管理番号 \_\_\_\_\_

猫の全身

猫の顔