

上三川町犬猫不妊手術費補助金交付申請書兼実績報告書

令和 年 月 日

上三川町長 様

申請者 住所 上三川町

氏名 印

電話

次のとおり補助金の交付を受けたいので、上三川町犬猫の不妊手術費補助金交付要綱第4条の規定により申請します。

補助金交付申請額		, 円		(参考) 上限 雌犬 1頭 5,000 円 雌猫 1匹 4,000 円
種 類		犬 ・ 猫 ※どちらかに○を付けること。	性 別	雌(メス)
犬の 場合	登録番号		体 格	大 ・ 中 ・ 小 ※いずれかに○を付けること。
	注射済証 番 号	年	年 齢	歳 月
名 前			毛の色	
手術実施証明欄 ※動物病院が記入すること。		手術年月日	令和 年 月 日	
		上記の不妊手術を実施したことを証明します。		
		獣医師 住所		
		氏名		印
		電話		

※裏面に世帯員の納付状況調査同意欄があります。

申請者及び申請者の属する世帯員の町税納付状況同意欄

この補助金の交付に係る審査のため、町税（町民税、固定資産税、軽自動車税、町たばこ税、国民健康保険税及び都市計画税）の納付状況について、町職員が調査することに同意します。

氏名 印 氏名 印

氏名 印 氏名 印

氏名 印 氏名 印

氏名 印 氏名 印

氏名 印 氏名 印

※申請者の属する世帯員のうち、収入がある、課税物件を所有している等、課税対象者全員が署名・押印すること。