

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金交付申請書



八王子市長 殿

(申請者の印はすべて同一のものとし、スタンプ式でないものを使用のこと)

申請日 平成 年 月 日

申請者

住所	〒 八王子市
ふりがな氏名	
電話番号	



(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、団体名、代表者氏名及び電話番号)

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金交付要綱第4条の規定により、飼い主のいない猫（野良猫）に不妊去勢手術を実施したので下記のとおり助成金の交付を申請します。

なお、上記申請について、必要に応じて手術を行った動物病院及び公簿等を八王子市が確認すること、並びに助成決定者の遵守事項（同要綱第7条）に同意します。

記

1 交付申請額 円

(めす：5,000円、おす：3,000円、支払った不妊去勢手術費用の額が左記を下回る場合はその額)

2 対象猫

性別	めす おす	毛色	尾長	長・中・短	推定 年齢	手術済み 識別措置	有 () 無	生息地
----	----------	----	----	-------	----------	--------------	------------	-----

3 獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、平成 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 獣医師氏名 印

所在地 八王子市 電話番号

4 添付書類

- ・不妊去勢手術に関わる動物病院の領収書又はその写し
- ・振込先口座を確認できるもの（通帳等）の写し
- ・同一日に複数匹を申請する場合は、第1号様式の2

受付印

(助成決定者の遵守事項)

第7条 助成決定者は次に掲げる事項を遵守するものとする。

(1) 不妊去勢手術後の猫のうち譲渡可能なものについては終生屋内飼養をする者への譲渡に努めること。

(2) 不妊去勢手術後の猫を手術前の生息場所に戻す場合は、トイレの設置、餌の適正な管理などにより周辺環境の美化を図り近隣住民の理解を得よう努めること。

(3) 必要に応じて、猫に不妊去勢手術済みであることが分かる識別措置（耳カットなど）を講ずるよう努めること。

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金請求書



八王子市長 殿

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金について下記のとおり請求します。

請求者

住所	八王子市
氏名	



(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、団体名、代表者氏名)

助成金は下記の口座に振込みを依頼します。(申請者の印はすべて同一のものとし、スタンプ式でないものを使用のこと)

金融機関名	支店名 (支店番号)	口座番号	口座名義人 (カタカナで記入)
銀行・金庫 組合・農協	支店・本店 出張所	1 普通 2 当座	

次の委任状は、請求者と口座名義人が違う場合のみ記入・押印してください。(※同一の場合は記載等は不要です。)

委任状

私 (請求者) は、上記口座名義人を代理人と定め、上記助成金の受領に関する権限を委任します。

請求者 住所 八王子市 氏名 印

収受番号 ()

飼い主のいない猫（野良猫）の不妊去勢手術助成金交付対象猫



八王子市長 殿

(申請者の印はすべて同一のものとし、スタンプ式でないものを使用のこと)

申請日 平成 年 月 日

申請者

住所	〒 ー 八王子市
ふりがな 氏名	
電話番号	



(団体の場合は、事務所又は代表者の住所、団体名、代表者氏名及び電話番号)

● 対象猫 (匹目)

性別	めす おす	毛色		尾長	長・中・短	推定 年齢		手術済み 識別措置	有 () 無	生息地	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-----	--

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、平成 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____ 獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____ 電話番号 _____



● 対象猫 (匹目)

性別	めす おす	毛色		尾長	長・中・短	推定 年齢		手術済み 識別措置	有 () 無	生息地	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-----	--

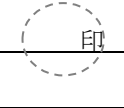
獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、平成 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____ 獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____ 電話番号 _____



● 対象猫 (匹目)

性別	めす おす	毛色		尾長	長・中・短	推定 年齢		手術済み 識別措置	有 () 無	生息地	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-----	--

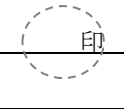
獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、平成 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____ 獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____ 電話番号 _____



● 対象猫 (匹目)

性別	めす おす	毛色		尾長	長・中・短	推定 年齢		手術済み 識別措置	有 () 無	生息地	
----	----------	----	--	----	-------	----------	--	--------------	------------	-----	--

獣医師の確認 (八王子市内の動物病院に限る。)

動物病院記入欄

上記対象猫について、平成 年 月 日に 不妊・去勢 (いずれかに○) 手術を確かに実施しました。

動物病院名 _____ 獣医師氏名 _____

所在地 八王子市 _____ 電話番号 _____

