(宛先) 下関市長

(申請者) 〒 **751-0881**住所 **下関市大字井田**氏名 **シモノベ タロウ**
下 関 太 郎電話番号 **090-0000-△△△△**

(平日の昼間に連絡をとることのできる番号を記載すること。)

ご注意

- ・黒のボールペンを使用してください。
(消せるボールペンは不可)
- ・楷書で丁寧に記入してください。
- ・訂正がある場合は、訂正箇所に二重線を引き、訂正箇所の上に正しい内容をご記入ください。(訂正印は不要です。)

不妊去勢手術助成金交付申請書

次の猫に不妊去勢手術を行いますので、下関市猫の不妊去勢手術助成金交付要綱に基づき、助成金の交付を申請します。なお、申請に当たり、動物の愛護及び管理に関する法律（昭和48年法律第105号）の目的を理解し、当該猫を適正に管理することを誓約します。

猫の別	飼い主のいない猫 ・ 地域猫
毛色	白
呼び名	ミルク
管理場所	(申請者の住所と異なる場合のみ記入) 下関市
耳へのV字カット処置	☒ 必須

(注) 耳へのV字カット処置が必須となります。

「耳へのV字カット」の費用については、あらかじめ手術予定の指定獣医師にお尋ねください。

※下関市記入欄

〒 ・ セ ・ 菊 ・ 田 ・ 浦 ・ 北 ・ 保