

(様式第 2 号)

所有者のいない猫避妊・去勢手術等及び地域猫治療補助金交付申請書兼請求書

令和 年 月 日

吹田市長 宛

申請者 住所

氏名

電話 — —

吹田市所有者のいない猫避妊・去勢手術等及び地域猫治療補助金交付要領第 6 条第 3 項の規定により、次のとおり申請及び請求します。

次の事項を確認の上、□にレ点を記入してください。

☐ 本申請にかかる猫は、下記地域猫活動団体が管理する地域猫です。

(団体名：_____)

1. 補助金交付請求額及び振込先金融機関

交付請求額	円		
金融機関名		支 店 名	
預 金 種 別		口 座 番 号	
フリガナ			
口座名義			

2. 治療を実施した地域猫

別紙、管理している地域猫一覧表のとおり

【添付書類】

- 1 動物病院が発行した領収書の原本
- 2 治療後のカラー写真（猫の全身が確認できるもの）