様式第１号（第５条関係）

薩摩川内市さくらねこ無料不妊手術事業（行政枠）チケット交付申請書

令和　　年　　月　　日

　　薩摩川内市長　　様

申請団体　名　　称

代表者　住　　所

氏　　名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　さくらねこ無料不妊手術チケット（行政枠）（以下「チケット」という。）の交付を受けたいので、薩摩川内市さくらねこ無料不妊手術事業（行政枠）取扱要領第５条の規定により下記のとおり申請します。

記

１　活動メンバー一覧

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | 住　　所 | 連　　絡　　先 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　注１　団体は、その構成員に別世帯の市内在住者を２名以上含むものとする。

２　対象場所

３　対象場所の猫の頭数　　　　　頭　（うち、不妊手術済の猫の頭数　　　　　頭）

４　チケット申請枚数　　　　　　枚　（内訳：　オス　　　　頭・メス　　　　頭）

５　チケット利用予定の動物病院

　　　病院名

　　　所在地