様式第９号（第４条関係）

地域猫不妊・去勢手術費用助成金交付申請書

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

　令和　　年度における地域猫に係る不妊・去勢手術費用の助成を受けたいので、薩摩川内市地域猫不妊・去勢手術費用助成金交付要綱第８条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

１　交付申請額　　　　　　　　　　　　　　円

２　添付書類

⑴　実施計画書

⑵　その他

３　誓約事項

1. 通常の手術によって生じた手術対象猫の身体上の問題については、薩摩川内市、手術

実施者の責任を問いません。

1. 手術終了後、手術費用については、手術実施者の支払い請求に基づき速やかに支払い

ます。