別記

第１号様式（第６条関係）

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付申請書兼確認書

　　年　　月　　日

　　（宛先）奈良市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は団体名及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付要綱第６条の規定により、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※事業所名 |  | | |
| ※事業所の所在地 | 奈良市 | 補助年度 |  |
| 生息地域 | 奈良市　　　　　　　　　　　周辺 | 不妊去勢手術等を  予定している猫の数 | 頭  （上限　５頭） |
| 補助金交付申請額 | 円  （限度額　１頭当たり１２，０００円） | 完了予定年月日  （不妊去勢手術等予定日） |  |

注　※は市外在住の者であって、市内に所在する事業所に勤務する個人として申請する場合のみ記入

添付書類　市長が必要と認める書類

確認事項

以下のことについて確認しました。

１　補助金の交付を受けて不妊去勢手術等を実施する猫（以下「猫」という。）は、飼い主のいない猫であり、耳先にV字カットが入っていないこと。

２　手術後、猫を元いた場所に戻し、地域の生活環境が悪化を生じないよう適切に管理すること。

３　猫を管理する中で、地域住民等から問合せがあった際には、真摯に対応すること。

４　猫に飼い主がいることが判明した場合、発生する問題については自らが責任を持って飼い主との間で解決すること。

５　手術が済んでいることが判別できるよう、必ず猫の耳先にＶ字カットを実施すること。

６　奈良市から問合せや調査の依頼があった場合、協力すること。

７　偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けた場合は、補助金を返還すること。

市確認欄（以下は記入しないでください。）

|  |  |
| --- | --- |
| 主務課長の意見 |  |

第４号様式（第８条関係）

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付申請に係る

変更・中止承認申請書

　　年　　月　　日

　　（宛先）奈良市長

　　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は団体名及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付要綱第８条の規定により、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 補助年度 |  | | |
| 指令年月日 | 年　　月　　日 | 指令番号 | 奈良市指令　　　　第　　　　号 |
| 変更又は中止の年月日 | 年　　　月　　　日 | | |
| 変更又は中止の内容 |  | | |

第５号様式（第９条関係）

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等実施報告書

　　年　　月　　日

　　（宛先）奈良市長

　　　　　　　　　　　　　　　　（報告者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は団体名及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　飼い主のいない猫に不妊去勢手術等を実施しましたので、奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付要綱第１０条の規定により報告します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助年度 | |  | | | | |
| 指令年月日 | | 年　　　月　　　日 | | 指令番号 | 奈良市指令　　　第　　　号 | |
| 不妊去勢手術等を実施した猫の数 | | 頭（上限　５頭） | | | | |
| 不妊去勢手術等に係る費用 | | 円 | | | | |
| 番号 | 性別 | 毛色 | 実施内容 | | | 不妊去勢手術等実施日 |
| １ | オス・メス |  | 不妊去勢手術及び耳カット・耳カットのみ | | | 年　　月　　日 |
| ２ | オス・メス |  | 不妊去勢手術及び耳カット・耳カットのみ | | | 年　　月　　日 |
| ３ | オス・メス |  | 不妊去勢手術及び耳カット・耳カットのみ | | | 年　　月　　日 |
| ４ | オス・メス |  | 不妊去勢手術及び耳カット・耳カットのみ | | | 年　　月　　日 |
| ５ | オス・メス |  | 不妊去勢手術及び耳カット・耳カットのみ | | | 年　　月　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 獣医師証明欄 | □　マイクロチップが装着されていないことを確認しました。  上記のとおり処置を行ったことを証明します。  　　　　　年　　月　　日  所　在　地  病　院　名  実施獣医師 |
| 報告事項審査結果  （主務課長）記入不要 |  |

注　１「耳カットのみ」は既に不妊去勢手術が実施済であった場合に選択すること。

２　獣医師名は直筆で署名又は記名押印を行うこと。

添付書類

１　不妊去勢手術等に係る費用がわかる領収書の写し（領収書の右上に該当する猫の番号を記入すること。）

２　猫の耳先にＶ字カットしたことがわかる写真（写真の裏面に該当する猫の番号を記入すること。）

３　その他市長が必要と認める書類

第７号様式（第１２条関係）

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付請求書

　　　　年　　月　　日

　　　（宛先）奈良市長

　　　　　　　　　　　　　　　　（請求者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名又は団体名及び代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

奈良市飼い主のいない猫不妊去勢手術等補助金交付要綱第１２条の規定により、次のとおり請求します。

１　請求内容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助年度 |  | | | |
| 指令年月日 | 年　　月　　日 | | 指令番号 | 奈良市指令　　　　第　　　　号 |
| 不妊去勢手術等を  実施した猫の数 | | 頭  （上限　５頭） | | |
| 交付請求金額 | | 円 | | |

２　補助金振込先

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 振込先金融機関 |  | | | | | | |
| 支店名 | 本店・支店・出張所 | | | | | | |
| 口座種別 | 普通口座 | | | | | | |
| 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |  | | | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | |