

# 記入見本

## 飼い主のいない猫不妊去勢手術実施申請書

年 月 日

(あて先) 沼津市長

申請者 住 所 沼津市〇〇町〇〇番

氏 名 〇〇 〇〇 ⑩

電 話 〇〇〇—〇〇〇〇

まず申請書を記入し、市役所7階環境政策課で受付を済ませてから  
手術を実施してください

飼い主のいない猫不妊去勢手術を実施したいので申請します。なお、申請にあたり下記の事項を誓約します。

### 記

- 1 申請する猫は、飼い主のいない猫です。
- 2 手術の実施にあたり問題が発生した場合には、申請者が責任を負い、誠意を持って問題解決に努めます。
- 3 申請する猫に対し、不妊・去勢済みの証として耳カットを実施します。
- 4 手術を実施した後は、元の場所に戻すか、飼い主となる者を探すよう努めます。
- 5 本書を持参して手術を実施する場合は、手術費用から市が手術実施機関に支払う補助金額を差し引いた額を、手術実施機関に支払います。

不妊去勢手術を実施する猫に関する調査票

主な生息地	沼津市〇〇町	
性別	オス・メス	
毛色	黒・白・茶・三毛・グレー・虎縞・他( )	
その他の特徴		
手術実施機関名	〇〇動物病院 (※別紙リスト内の動物病院から選択)	

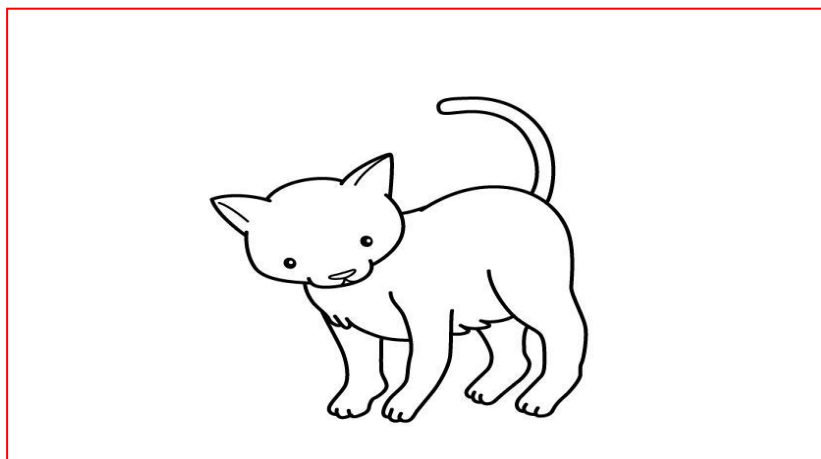
飼い主のいない猫と判断した理由 (あてはまるところに○を付ける。)

- (  ) 首輪がない
- (  ) 雑種である (見た目が純血種ではない)
- (  ) 見かけてから1か月以上経過している
- (  ) 人になれていない
- (  ) その他 ( )

首輪や飾りが付いている猫は飼い猫の可能性があるので、受付できません。

不妊去勢手術を実施する猫の写真を添付してください。

(注) 猫の全身が写っているもの



上記の記載事項に相違ないことを確認します。

確認者	住所	沼津市△△町△△番	
	氏名	△△ △△	印
	電話	△△△-△△△△	

(注) 確認者 (市内に住所を有し、申請者と世帯を別にする人に限る) の署名・押印が必要です。

受付番号	受付日 年 月 日	受付印
受付時に市が記入します。	受付職員 飼い主のいない猫不妊去勢手術実施申請書を受付します。 (※本書を受付日から60日以内、又は3月末日までのいずれか早いまでに手術実施機関へ提出し、手術を実施してください。)	受付時に市が押印します。 ※1

※1 市の受付印が無い申請は補助制度の対象とはなりません。