

様式第1号（第6条関係）【個人用】

事業計画書

令和 年 月 日

1 事業の内容（本人記入）

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術（めす） ___匹 <input type="checkbox"/> 去勢手術（おす） ___匹	
猫について	区分	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護する） <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護しない） <input type="checkbox"/> 多頭猫
手術について	病院名	
	予定日	令和 年 月 日

2 飼い主のいない猫について（本人以外が記入）

飼い主のいない猫であることを確認しました。

確認者	住所	
	氏名	
	電話番号	

※ 市内に住所を有する近隣居住者や知人等、本人及びその家族以外の方から自署していただくようお願いします。

事前申込にあたり、手術等に関して生じた事故等については、自己の責任で処理することを承諾します。

本人自署欄

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

様式第1-2号(第6条関係)【団体用】

事業計画書

令和 年 月 日

1 事業の内容

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術(めす) ___匹 <input type="checkbox"/> 去勢手術(おす) ___匹	
猫について	区分	<input type="checkbox"/> 多頭猫 <input type="checkbox"/> その他
	所在地	村山市
	実施計画 (対応計画)	
手術について	病院名	
	予定日	令和 年 月 日

事前申込にあたり、手術等に関して生じた事故等については、自己の責任で処理することを承諾します。

団体欄

住所 \_\_\_\_\_

団体名及び代表者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

様式第2号（第7条関係）

令和 年 月 日

村山市長 様

申請者 住 所  
氏 名/団体名  
及び代表者名  
電話番号

事業中止申請書

令和 年 月 日付で事業計画書を提出しました村山市猫不妊・去勢手術費補助事業について、下記のとおり事業を中止したいので、村山市猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第7条の規定により申請します。

記

1 中止の理由及び内容

様式第3号（第8条関係）

令和 年 月 日

村山市長 様

申請者 住 所

氏 名/団体名

及び代表者名

電話番号

村山市猫不妊・去勢手術費補助金交付申請書

村山市猫不妊・去勢手術費補助金交付要綱第8条の規定により、関係書類を添えて申請します。また、必要に応じて住民税の課税状況について確認できる台帳等を閲覧することに同意します。

1 事業の内容（該当項目に☑を入れてください）

手術の種類	<input type="checkbox"/> 不妊手術（めす） <input type="checkbox"/> 去勢手術（おす）	
猫について	区 分	<input type="checkbox"/> 多頭猫 <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護する） <input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫（保護しない） <input type="checkbox"/> その他
	種 類	<input type="checkbox"/> 雑種 <input type="checkbox"/> その他（                      ）
	年 齢	<input type="checkbox"/> 0～6 カ月 <input type="checkbox"/> 7 カ月～1 年 <input type="checkbox"/> 1 年 1 カ月～1 年 6 カ月 <input type="checkbox"/> 1 年 7 カ月～
	毛 色	<input type="checkbox"/> 黒 <input type="checkbox"/> 灰 <input type="checkbox"/> 白 <input type="checkbox"/> 茶 <input type="checkbox"/> その他（                      ） ※猫の毛色全てにチェック
手術について	病院名	
	手術日	令和 年 月 日
	費 用	円（消費税抜き）
※費用は手術費用のみ記載してください。ワクチン等手術以外の費用は除きます。		

2 申請者の依頼により避妊手術を実施した猫は上記の内容であることを証明します。（必ず獣医師より証明してもらうようにしてください。）

獣医師証明欄	住 所	
	獣医師名	⑩
	電話番号	
	V字カット	<input type="checkbox"/> 実施しました。 【飼い主のいない猫（保護しない）の場合は必須】

3 添付資料

(1) 避妊手術費の領収書及び請求明細書等内訳のわかる書類の写し

(2) 振込口座通帳の写し

※運転免許証、マイナンバーカード等本人確認身分証の提示をお願いします。

※訂正の際は、修正テープ等を使用せず、二重線で訂正してください。