様式第１号

　　　年　　　月　　　日

　坂井市長　　　　　　様

申請者　住所　坂井市

氏名　　　　　　　　　　　　　※

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　電話

　　　　　　　　（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください

法人（法人格のない団体含む）の場合、代表者本人

が手書きしない場合は記名押印してください。

飼い主のいない猫の健康診断支援事業費補助金申請書

保護している飼い主のいない猫の検診費用の助成を受けたいので下記のとおり申請します。なお、申請にあたり次の事項を誓約します。

１　申請する猫は、飼い主のいない猫又は飼い主が不明な猫です。

２　検診により万一発生した不測の事態に対し、一切の異議申し立ては致しません。また問題が発生した場合には、申請者である私が責任を負い、誠意を持って問題を解決するよう努めます。

３　保護した猫は、人への危害や迷惑が発生しないよう、責任を持って適正に管理し、里親募集や譲渡会に参加させます。

　飼い主のいない猫の健康診断支援事業費補助金の実績報告、請求及び受領についてのすべてを公益社団法人福井県獣医師会に属する協力動物病院に委任します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 保護した猫の生息地域 | 坂井市　　　　　　町　　　　　　　付近 |
| 受診する猫 | 種　類 | 成猫　　・　　子猫 |
|  性　別 | 雄　　　・　　雌 |
| 毛　色 |  |
| 受診項目（受診するものに☑する） | □一般健康診断、検便　　□ノミダニ駆除　　□ウイルス検査　　　　　□簡易な傷病治療 |
| 市の助成金 | 検診にかかる費用一般健康診断、検便　　　　　　 1頭当たり2,500 円ノミダニ駆除　　　　　　　 　　1頭当たり3,000 円ウイルス検査（成猫） 　　　　　1頭当たり5,000 円簡易な傷病治療　　　　　　　　 1頭当たり最大7,500 円 |
| 飼い主のいない猫であることの確認 | 区長又は近隣の方の署名・捺印が必要です。近隣の方の場合、申請者との関係をご記入ください。（申請者と同一世帯の方は不可） |
| 確認者 | * 区長　　□ 近隣の方（関係：　　　　　　　）
 |
| 住　所 | 坂井市 |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 電　話 |  |
| 持参書類：対象となる猫の写真　　　　　福井県動物ボランティア登録申請書の写し |