

令和8年度 横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業補助金交付申請書兼実施報告書(自治会・町内会)

(申請先)横浜市長

申請日

年

月

日

横浜市猫の不妊去勢手術補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。なお、補助金の交付を受けるにあたっては、横浜市補助金等の交付に関する規則(平成17年11月30日横浜市規則第139号)及び市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業補助金交付要綱を遵守します。

自治会・町内会 会の名称 住所 〒 横浜市 区 フリガナ 氏名 ※ 電話

※委任する場合は、押印が必要です。押印した場合、誤記は二重線と朱肉印で訂正してください。

指定口座 金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店 ( ) 出張所 預金種類 □普通 □当座 □その他( ) 銀行コード 支店コード 口座番号 口座名義(カナ)

申請する猫の頭数 頭 申請額の合計 円

※1頭あたり上限(税込) 飼い主のいない猫:5,000円

個体情報

Table with 3 columns: No., 手術実施日 (年, 月, 日), 補助金申請額 (円)

Table with 2 rows: 申請期間 (窓口の場合), 実施日, 申請期間, 3/1~5/31, 6/1~6/30, 7/1~7/31, 8/1~8/31, 9/1~9/30, 10/1~10/31, 11/1~11/30, 12/1~12/31, 1/1~1/31, 2/1~2/28, 5/7~6/15, 6/1~7/15, 7/1~8/17, 8/3~9/15, 9/1~10/15, 10/1~11/16, 11/2~12/15, 12/1~1/15, 1/4~2/15, 2/1~3/5

【提出書類】□本申請書(正本1通、副本1通) □猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着実施証明書(原本) □登録動物病院発行の領収書(原本提示、コピー提出) ※宛名が申請者本人であること、発行日、手術実施日、猫の性別及び頭数、金額の内訳、動物病院名及び動物病院所在地の記載があること。 □対象猫の写真1枚以上 ※カラー、L版(8.9×12.7センチ)以上。→耳カットした頭部全体、顔や体の毛色・柄など個体全体の特徴が確認できること。写真裏面に、申請者氏名と猫の個体NO.を記入。 <4頭以上の場合> □猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着推進事業補助金交付申請書兼実施報告書別紙 <会長の代理人が申請する場合> □委任状※要会長印。 <会の口座名義が会長名と異なる場合> □受領委任状※要会長印。 【提示書類】□銀行指定口座番号の分かる書類 □本人確認書類(原本) ※窓口に来た人の公的機関発行のもの。

受付印

◎本申請について、横浜市から申請者に猫の状況、手術等実施状況等について調査を行うことがあります。 ◎本事業の適正な実施を図るため、補助金の交付条件に違反した場合、補助金の返還を求め、過料を科すことがあります。

区福祉保健センターまたは動物愛護センター記入欄

窓口に来た人 □申請者本人 □代理人 領収書原本 □確認済 事業詳細(HP、ちらし) □説明済 申請者本人 □運転免許証 □健康保険証 □マイナンバーカード □住民票 □その他( ) 代理人 □運転免許証 □健康保険証 □マイナンバーカード □住民票 □その他( )