様式第６号（第１２条関係）

古賀市地域猫活動補助金交付申請書兼実績報告書（兼請求書）

年　　　月　　　日

（宛先）古賀市長

申請者名

（団体代表者又は人と犬猫との　住所

共生社会支援サポーター）　　　氏名

古賀市地域猫活動補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請し、補助事業の実績を報告します。なお、交付決定後は、本申請書をもって古賀市地域猫活動補助金を請求するものとします。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 補助年度 | | 年度 | | | |
| 交付申請額 | | 円 | | | |
| 補助項目及び件数 | | １．不妊手術に要する経費　　　　　　　　件  ２．去勢手術に要する経費　　　　　　　　件  （※別記７に内訳を記載してください。）  ３．猫の譲渡を行うにあたってのワクチン接種及び  ウイルス検査に要する経費　　　　　　　　　件  （※別記８に内訳を記載してください。） | | | |
| 補助事業の実施期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | |
| 補助事業の効果 | |  | | | |
| 補助事業の効果  を示す指標 | | 指　標 |  | | |
| 実施前 |  | 実施後 |  |
| 把握方法 |  | | |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀　行　　　　　　　　　本　店  農　協　　　　　　　　　支　店  金　庫　　　　　　　　　支　所  漁　協　　　　　　　　　出張所 | | | |
| 口座番号 | （　普通　・　当座　） | | | |
| （フリガナ） |  | | | |
| 口座名義 |  | | | |
| 関係書類 | | 【不妊去勢手術の場合】  ①古賀市地域猫活動補助金交付申請書兼実績報告書（兼請求書）（様式第６号）  ②不妊去勢手術を実施した地域猫一覧（別記７）  ③不妊去勢手術を行った地域猫の不妊去勢手術前及び  不妊去勢手術後の写真  ④不妊去勢手術にかかった費用が分かる領収書の原本  【猫の譲渡を行うにあたっての  ワクチン接種及びウイルス検査の場合】  ①古賀市地域猫活動補助金交付申請書兼実績報告書（兼請求書）（様式第６号）  ②猫の譲渡を行うにあたってのワクチン接種及びウイ  ルス検査を実施した地域猫一覧（別記８）  ③猫の譲渡を行うにあたってのワクチン接種及びウイ  ルス検査に係る領収書の原本  ④譲渡活動が分かる資料  ⑤ワクチン接種及びウイルス検査の実施を証する獣医  師の証明（別記９） | | | |

（別記７）

不妊去勢手術を実施した地域猫一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理  番号 | 種類 | 毛色 | 性別 | 手術日 | 申請額 | 備考 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | 円 |  |

（別記８）

猫の譲渡を行うにあたってのワクチン接種及びウイルス検査

を実施した地域猫一覧

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 管理  番号 | 種類 | 毛色 | 性別 | 接種及び  検査日 | 実施項目 | 申請額 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | ワクチン接種  ウイルス検査 | 円 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | ワクチン接種  ウイルス検査 | 円 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | ワクチン接種  ウイルス検査 | 円 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | ワクチン接種  ウイルス検査 | 円 |
|  |  |  |  | 年  　　月　 日 | ワクチン接種  ウイルス検査 | 円 |

（別記９）

年　　月　　日

ワクチン接種及びウイルス検査の実施を証する獣医師の証明

所在地

病院名

獣医師名　　　　　　　　　　　　㊞

　下記の猫は、当院において、ワクチン接種及びウイルス検査を受けたことを証明します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 性別 | 種類 | | 毛色 | 年齢・特徴 | |
|  |  | |  |  | |
| ワクチン接種 | | ウイルス検査 | | | 管理番号※事務局欄 |
| 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |  |
| ２ | 性別 | 種類 | | 毛色 | 年齢・特徴 | |
|  |  | |  |  | |
| ワクチン接種 | | ウイルス検査 | | | 管理番号※事務局欄 |
| 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |  |
| ３ | 性別 | 種類 | | 毛色 | 年齢・特徴 | |
|  |  | |  |  | |
| ワクチン接種 | | ウイルス検査 | | | 管理番号※事務局欄 |
| 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |  |
| ４ | 性別 | 種類 | | 毛色 | 年齢・特徴 | |
|  |  | |  |  | |
| ワクチン接種 | | ウイルス検査 | | | 管理番号※事務局欄 |
| 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |  |
| ５ | 性別 | 種類 | | 毛色 | 年齢・特徴 | |
|  |  | |  |  | |
| ワクチン接種 | | ウイルス検査 | | | 管理番号※事務局欄 |
| 有 ・ 無 | | 有 ・ 無 | | |  |

※【ワクチン接種】･･･３種以上の混合ワクチン

※【ウイルス検査】･･･猫エイズ、白血病検査