

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」申請書

年 月 日

久留米市長
獣医師会長等

} 宛て

申請者（個人） 住 所 久留米市
氏名（自署）
電話番号（ ）

申請者（団体） 住 所 久留米市
団体名
代表者氏名（自署）
申請責任者氏名（自署）
電話番号（ ）

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」に基づき、手術を受けたいので、下記の通り申請します。

なお、手術済みであることを示す措置（耳先カット）に同意します。

○手術を受けたい猫の情報

生息場所			
種 類		毛 色	
性 別		年 齢	※不明な場合記入不要
特 徴			

○申請者及び下記2名の確認により、飼い主のいない猫であると認めます。

確認者 (1)	住所		
	氏名	(自署)	電話
確認者 (2)	住所		
	氏名	(自署)	電話

※申請者と確認者(1)(2)は、それぞれ申請者とは世帯を別にする人に限ります。

備考

- 1 原則として、申請書は申請者本人が提出してください。
- 2 申請の際には、本人確認ができる書類（運転免許証・保険証等）を持参してください。

【事務処理欄】

本人確認書類： 免許証 保険証 マイナンバーカード その他（ ）

受付動物病院：

誓約書

この度の「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」の申請にあたり、以下の事項を含め、支援の要件に従っていることを、誓約します。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることになっても、異議は一切申し立てません。

1. 支援対象猫は、飼い主のいない猫であること
2. 支援対象猫の生息場所は、久留米市内であること
3. 確認者は、支援対象猫が飼い主のいない猫であることを確認していること
4. 必要記載事項や提出書類等の内容が虚偽ではないこと
5. 申請者は、支援対象猫による被害の軽減又は動物愛護活動の推進を目的とすること
6. 手術後の猫を営利目的に利用しないこと
7. 手術後の猫について市に引取りを依頼しないこと
8. 事業の趣旨及び実施に関する必要事項に同意すること

久留米市長 殿

獣医師会長等 殿

申請者（個人） 住 所 久留米市
氏名（自署）
電話番号（ ）

申請者（団体） 住 所 久留米市
団体名
代表者氏名（自署）
申請責任者氏名（自署）
電話番号（ ）