

泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金交付申請書

令和 年 月 日

泉佐野市長 あて

(太枠の中をご記入ください。)

申請者	(地域猫活動者)	郵便番号	〒598-
		住所	泉佐野市
		氏名	
		生年月日	大正 昭和 平成 西暦 年 月 日
		電話番号	

私は、「泉佐野市地域猫不妊手術費用助成案内」の内容を理解し、泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金交付要綱(以下「交付要綱」という。)第7条の規定に基づき、次のとおり助成金の交付を申請します。

なお、審査に際し、私個人の泉佐野市住民基本台帳の閲覧、私の世帯に係る泉佐野市税の納付状況について税務課から情報提供を受けることのほか、要綱第3条及び第4条に規定する助成条件の適正を判断するために必要な場合は、泉佐野市が診療施設等に対して照会することについて同意します。

種別	地域猫		
猫の生息(捕獲)場所	泉佐野市	付近	
世帯主	生年月日	住民登録の有無※	納税状況※
	大正 昭和 平成 西暦 年 月 日	有 ・ 無	完納・未納

※環境衛生課処理欄

受付番号※	
-------	--

委任状

泉佐野市地域猫不妊手術費用助成金の申請を右記の者に委任します。

(委任者) (受任者)
住所 住所

氏名 印 氏名 印