

泉佐野市飼い犬・飼い猫不妊去勢手術費用助成金交付申請書

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	(犬・猫の飼養者)	郵便番号	〒	—
		住所	泉佐野市	
		氏名		
		生年月日	年	月 日
		電話番号		

私は、「泉佐野市飼い犬・飼い猫不妊去勢手術費用助成案内」の内容を理解し、泉佐野市飼い犬・飼い猫不妊去勢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	飼 い 犬 ・ 飼 い 猫		
飼い犬（猫）の名前		性別	オ ス ・ メ ス
種類	雑 種 ・ その他 ()		
毛色	白 ・ 黒 ・ 茶 ・ その他 ()		
年齢(推定年齢可)	()		
登録番号(犬の場合のみ)	第	号	
狂犬病予防注射済票番号 (犬 の 場 合 の み)	年度	第	号
同一世帯者名(中学生以下は除く)	生 年 月 日		住民コード※
世帯主	年 月 日		完納・未納
	年 月 日		完納・未納
	年 月 日		完納・未納
	年 月 日		完納・未納
	年 月 日		完納・未納
	年 月 日		完納・未納

※市処理欄

受付番号※		住民登録の有無※	有 ・ 無
-------	--	----------	-------