様式第１号（第５条関係）

補助金交付申請書

　令和　　年　　月　　日

　四国中央市長　　様

住　所　四国中央市三島宮川４丁目６番５５号

氏　名　四国　太郎

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日　S〇〇年〇〇月〇〇日

電話番号　（0896　–　28　-　6145）

補助金の交付を受けたいので、四国中央市犬猫不妊去勢手術支援事業費補助金交付要綱第５条の規定により、下記のとおり申請します。

**どちらかに○をつけてください。**

　　　　　　　　　　　　　　　記

１　補助金申請額　　　 金　　　５，０００　円

**どちらかに○をつけてください。**

　２　事業計画

　　(1) 犬等の別 　 　　 犬　・　猫

　　(2) 手術の別 不妊　・　去勢

**手術予定の年月日を記入してください。**

(3) 手術の実施予定年月日 　　　　年　　月　　日

(4) 手術を実施する診療施設名　　四国中央動物病院

(5) 犬等に関する事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | しこちゅう | 生年月日 | 2023年１月１日 |
| 種類 | 四国犬 | 毛色 | 黒茶 |
| 登録番号（犬の場合に限る。） | ※猫の場合は記入不用 | 注射番号（犬の場合に限る。） | ※猫の場合は記入不用 |

　３　収支予算

(1) 手術に要する金額　　　　　　　　　　　　１５，０００円

　　(2) 補助金交付申請額　　　　　　　　　　　　　５，０００円

　　(3) 自己負担額　　　　　　　　　　　　　　　１０，０００円

（令和７年度申請　１頭目）

* 申請は、１頭につき１枚の申請書を使用し（実績報告、請求書も１頭につき１枚）、

１年度１人につき３頭までとします。

**ここは記入しないでください。**

様式第７号（第９条関係）

実績報告書

　令和　　年　　月　　日

　四国中央市長　　様

住　所**四国中央市三島宮川4丁目6番55号**

**ここは記入しないでください。**

氏　名 **四国　太郎**

電話番号 **0896**-**28**-**6145**

令和　　年　　月　　日付け四市生第　　号で補助金交付決定の通知があった補助事業について、当該補助事業が完了したので、四国中央市犬猫不妊去勢手術支援事業費補助金交付要綱第９条の規定により、下記のとおりその実績を報告します。

記

１　補助金交付決定額　　金　　　　　**5,000** 円

２　添付書類

1. 犬又は猫の不妊又は去勢に係る手術に要した費用を証する書類の写し
2. 市長が必要と認める書類

**※添付書類（１）領収書のチェックポイント**

* 1. **レシート及び診療明細書不可**
  2. **申請者名と同一の名義であること**
  3. **手術内容（不妊・去勢）がわかる記載のあるもの**
  4. **愛媛県内の診療施設で実施した手術であること**

様式第９号（第11条関係）

**ここは記入しないでください。**

補助金交付請求書

　令和　　年　　月　　日

　四国中央市長　　様

住　所**四国中央市三島宮川4丁目6番55号**

氏　名　**四国　太郎**

**ここは記入しないでください。**

電話番号**0896**-**28**-**6145**

令和　　年　　月　　日付け四市生第　　号で補助金交付決定の通知があった補助事業について、四国中央市犬猫不妊去勢手術支援事業費補助金交付要綱第11条の規定により、下記のとおり請求します。

記

　　　　　　　　交付決定額　　金　　　　**5,000**　円

交付確定額　　金　　　　**5,000**　円

今回請求額　　金　　　　**5,000**　円

**申請者名義の口座を指定してください。**

【口座振込先】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | **四国中央** 銀行・農協  信用金庫 | **四国中央** | 支店 |
| 預金種別 | 普通　・　当座 |  |  |
| 口座番号 | **123456789** |  |  |
| ふりがな  口座名義人 |  |  |  |