

※ 複数申請する場合は、合計額を記載

1 対象猫について

番号	性別	毛色	推定年齢	手術実施予定時期	特徴等 (身体的特徴、生息場所、いつ頃から現れるようになったか等)
1	オス・メス	茶	1歳	令和〇年〇月	令和〇年〇月〇日に西条町田口で保護 左耳をけがしている
2	オス・メス	グレー・白	6か月	令和〇年〇月	令和〇年〇月〇日に西条町森近で保護
3	オス・メス				
4	オス・メス				
5	オス・メス				

2 収支計画

(1) 支出

(単位：円)

費目	金額	補助対象経費
手術費	メス 25,000 オス 15,000	40,000
検査・ワクチン	13,200	0
	53,200	40,000

※補助金の対象となるのは手術費のみ

(2) 収入

(単位：円)

費目	金額
自己資金	36,200
補助金	17,000
合計	53,200

3 手術予定の動物病院

病院名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
-----	------------

4 確認事項

※次の事項を確認し、□にチェック(✓)してください。

- ☒ 東広島市補助金等交付規則、東広島市飼い主のいない猫の不妊去勢手術費補助金交付要綱及び誓約書を確認しました。
- ☒ 対象猫は、東広島市の区域内で生息している飼い主がいない猫です。
- ☒ 対象猫は、地域猫活動の承認申請の際に、広島県動物愛護センターに登録した猫ではありません。(地域猫活動団体のみ)
- ☒ 対象猫の飼い主から申し出があった場合には、責任をもって対応しますので、連絡

先を開示してください。

○対象猫

番号 1 種類 茶トラ 性別 メス 毛色 茶 撮影日 令和〇年〇月〇日	全身写真
番号 2 種類 キジ白 性別 オス 毛色 グレー・白 撮影日 令和〇年〇月〇日	全身写真

番号

種類

性別

毛色

撮影日

年 月 日

全身写真