

記入例

!! 記入前にご確認ください!!

- ・ボールペンなどを使用し楷書で記入してください。(鉛筆や消せるペンの使用は不可)
- ・記入ミスは二重線で訂正してください。(押印不要。修正テープ等による修正は不可)ただし、金額欄の訂正はできません。

申請者・請求者・口座名義人は
すべて同じ人を記載すること
(領収書の宛名も同一者)

令和 △年 ○月 ○日

(宛先) 高松市長

高松市犬猫不妊去勢手術費及びマイクロチップ装着費補助金交付申請書

次のとおり、私が飼養する犬又は猫について不妊去勢手術等を実施したので、高松市犬猫不妊去勢手術費及びマイクロチップ装着費補助金交付要綱第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

連絡のつきやすい
電話番号を記入し
てください。

住民登録のある
住所を記入して
ください

申請に必要な条件です
すべての項目に該当する
場合に申請できます

申請額は支払った額が
上限未満の場合
⇒実際に払った金額
上限を超えている場合、
⇒上限の金額
を記入してください。

いずれの申請でも、
マイクロチップ番号
15桁を記入してく
ださい(※1)
環境省指定登録機関
へ登録が必要です。

犬の場合、必ず記入
してください。
注射済票は申請年度
の番号です。
分からない場合は保
健所でお調べします。

手術や装着の実施日
を記入してください
(領収日ではありません)

申請者
情報

郵便番号: 761-0074	電話番号: 090-000-0000
申請者住所 ※法人にあっては、主たる事務所の所在地 高松市桜町1-10-27	
(ふりがな) ほけんじょ たろう	生年月日
申請者氏名 ※法人にあっては、その名称及び代表者の氏名 保健所 太郎	昭和 平成 ○年○月○日生
(該当する項目のすべてにチェックしてください。)	
☒ この申請に係る不妊去勢手術費等について、他の助成制度による補助金等の交付は受けておりません。	
☒ 第一種動物取扱業者が営利を目的として飼養する犬や猫ではありません。	
☒ 偽りその他不正の手段により、補助金の交付を受けた場合には、返金します。	
☒ この申請に当たり、市が私又は私が代表権を有する法人の住所及び市税の納付状況を確認することについて同意します。	
(市外に主たる事務所を有する法人が申請する場合は市内に存する事務所又は事業所の所在地)	
高松市	

申請したい項目にチェックしてください
どちらか一方だけでも申請できます

1 補助申請額

申請する補助区分	補助申請額	合計
☒ 不妊去勢手術費	(上限 3,000 円) 3,000 円	(上限 4,500 円) 4,500 円
☒ マイクロチップ装着費	(上限 1,500 円) 1,500 円	

2 手術等を実施した犬又は猫

対象動物	動物の名称	種別	品種	性別	毛色
	さくら	☒ 犬 ☐ 猫	雑種	☐ オス ☒ メス	白
	マイクロチップの識別番号		3 9 2 1 4	△ △ △ △ △	○ ○ ○ ○ ○
	犬の場合→	鑑札番号	第XXXXXX号	予防注射済票番号	令和△年度第○○○○○号
補助区分	☒ 不妊去勢手術費	(手術日)	令和△年	○月	○日
	☒ マイクロチップ装着費	(装着日)	令和△年	○月	○日

※太枠内を記入してください。また、該当する項目の□にチェックしてください。

【添付書類】

- ☐ 領収書(実施日が記載されているものに限る)の写し
- ☐ 施術金額の内訳がわかる内訳書又は明細書の写し(但し、領収書に施術金額の内訳が記載されている場合は不要)

添付書類について

- ・香川県内の動物病院が発行し、実施日が記載されている領収書(コピーなど)
- ・領収書に、施術金額の内訳の記載がない場合は、領収書と一緒に金額の内訳がわかる内訳書や明細書のコピーも提出してください。
- ・原本を提出することも可能ですが、提出された書類の返却はできませんのでご注意ください。

記入例

!! 記入時にご確認ください!! (訂正方法が申請書と異なります)

- ・ボールペンなどを使用し楷書で記入してください
(鉛筆や消せるペンなどの使用は不可)
- ・記入ミスは、書き直すか、**二重線**で訂正し、上から**訂正印**を押し、**請求者氏名横にも押印**してください。(訂正印がない場合や修正テープ等による修正は不可)

申請者・請求者・口座名義人は
すべて同じ人を記載すること
(領収書の宛名も同一者)

(宛先) 高松市長

高松市犬猫不妊去勢手術費及びマイクロチップ装着費補助金請求書

次のとおり、高松市犬猫不妊去勢手術費及びマイクロチップ装着費補助金交付要綱第5条第3項の規定により、請求します。

件名	高松市犬猫不妊去勢手術費及びマイクロチップ装着費補助金	
請求者	フリガナ	ホケンジョ タロウ
	氏 名	保健所 太郎 (印) ※訂正がある場合のみ押印
	住 所	高松市 桜町1-10-27

申請者と同じ人を記載してください。押印は不要ですが、記載内容を訂正する場合は、用紙を差し替えるか、請求者欄に押印の上、同じ印鑑により訂正してください。
(※金額訂正は不可)

1 補助金請求金額

4,500 円

補助申請額の合計金額を記入してください。

1頭につき最大 **4,500 円**

(マイクロチップ **1,500 円** + 不妊去勢手術 **3,000 円**)

2 補助金の振込先

金額欄の訂正・漢数字は不可

☒ 銀行口座に振込 (ゆうちょ銀行以外)

口座名義人 (カタカナ)	通帳に記載されているカタカナ (名義) を記入 ホケンジョ タロウ									
金融機関名	銀行 金庫 組合 農協					本店 支店 出張所				
預金種目	支店番号		口座番号 (右詰め)							
☒ 普通 ☐ 当座	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

申請者本人名義の口座又は通帳情報を記入してください。それ以外の口座には振込できませんので、御注意ください。

☐ ゆうちょ銀行に振込

口座名義人 (カタカナ)	通帳に記載されているカタカナ (名義) を記入									
通帳記号 (5桁)					通帳番号 (最大8桁) (右詰め)					

(注意事項)

- (1) 受取方法は口座払いのみです。該当の口にチェックを入れてください。
- (2) 口座名義人は申請者本人に限ります。
- (3) ゆうちょ銀行の場合は、通帳の記号と番号を記入してください。
- (4) 口座番号、通帳番号は、右詰で記入してください。
- (5) 誤記は二重線で訂正し、上から訂正印を押し、請求者氏名横にも押印してください。ただし、金額の訂正はできません。書き直しをお願いします。