

第1号様式

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」申請書

年 月 日

久留米市長 } あて
福岡県獣医師会小動物部会両筑地区部会長 }

申請者（個人） 住所 久留米市
氏名 _____ 印
電話番号 _____ () _____

申請者（団体） 住所 久留米市
団体名 _____
代表者氏名 _____ 印
申請責任者氏名 _____ 印
電話番号 _____ () _____

「飼い主のいない猫の不妊・去勢手術支援事業」に基づき、手術を受けたいので、下記の通り申請します。

なお、手術済みであることを示す措置（耳先カット）に同意します。

○手術を受けたい猫の情報

| | | | |
|------|--|----|--|
| 生息場所 | | | |
| 種類 | | 毛色 | |
| 性別 | | 年齢 | |
| 特徴 | | | |

※年齢について不明な場合は記入不要です。

○申請者及び下記2名の確認により、飼い主のいない猫であると認めます。

| | | | | |
|------------|----|---|----|--|
| 確認者 (1) | 住所 | | | |
| | 氏名 | 印 | 電話 | |
| 確認者 (2) | 住所 | | | |
| | 氏名 | 印 | 電話 | |

※申請者と確認者(1)(2)は、それぞれ世帯を別にする人に限ります。

【事務処理欄】

受付動物病院