第２号様式（第６条関係）

調　査　票

１　第三者による確認

　対象となる猫が飼い主のいない猫であることを確認しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 越谷市 |
| 氏　名 | 印 |
| 電話番号 |  |

※　第三者は、申請者と世帯を別にする市民に限ります。

　※　署名又は記名押印してください。

２　手術の種類（詳細は別紙のとおり）

|  |  |
| --- | --- |
| 不妊手術 | 件 |
| 去勢手術 | 件 |

３　手術実施猫

|  |  |
| --- | --- |
| 主たる生息地 |  |
| 性別、種類、毛色、特徴等は別紙のとおり | |

４　手術予定の動物病院

|  |
| --- |
|  |

５　手術完了予定年月日

|  |
| --- |
| 年　　　　月　　　　日 |

６　対象となる猫が生息する場所の地図

|  |
| --- |
|  |

別紙（手術の種類、手術実施予定猫）

越谷市飼い主のいない猫の不妊・去勢手術費補助金交付申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 手術の種類 | 性別※ | 毛色 | 種類 | 特徴 |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |
|  | 不妊・去勢 | メス・オス |  |  |  |

※性別が不明のときは、推定の性別を選択する。