

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

長久手市長 殿

診療機関 所在地

診療機関名

獣医師名

電 話 — —

長久手市飼い主のいない猫避妊・去勢手術費補助金（臨時事業分）実施証明書

長久手市飼い主のいない猫避妊・去勢手術費補助金（臨時事業分）交付要綱第6条第3号の規定に基づき、下記のとおり手術を実施したことを証明します。
記

1 申請者氏名 _____

2 手術実施年月日 _____ 年 月 日

3 手術内容 避妊 ・ 去勢

※ 該当の手術内容に○をつけてください。

4 手術に関する領収金額の内訳（消費税を含む）

補助対象経費	その他経費	合計金額
円	円	円

※ 補助金の交付対象となる費用は、次に掲げるものとする。

- (1) 獣医師が行う避妊手術又は去勢手術に要した経費
- (2) 耳カットに要する経費
- (3) その他手術の実施に直接必要になる経費