

様式第 1 号（第 4 条関係）

年 月 日

石岡市長 宛

申請者 住所
氏名
連絡先

マイクロチップ装着推進補助金交付申請書

令和 7 年度石岡市マイクロチップ装着推進補助金交付要綱第 4 条の規定により、下記のとおり補助金の交付を申請します。

記

手術の種類	犬 猫 の マイクロチップ装着 手術 犬 猫 の 避妊 去勢 手術		
補助金申請額	円 (マイクロチップ装着手術の費用の1/2 上限 2,000円) (避妊手術の費用の1/2 上限 4,000円) (去勢手術の費用の1/2 上限 3,000円)		
犬猫の呼び名		性別	おす めす
生年月日		犬猫の種類及び毛色	(毛色)
※ 獣 医 師 所 見	避妊又は去勢手術を適当と認めます。 印		

備考 ※印欄は、避妊又は去勢手術を受ける場合のみ記入してください。

添付書類

- (1) マイクロチップ装着証明書（第 2 条第 3 号に規定する者が申請する場合に限る。）
- (2) その他市長が必要と認める書類