

| <b>농촌지역 실외사육견 중성화 수술 지원 신청서</b>                                                                                                                                                 |                |                                                                                                                                   |                         |    |                 |                                                                                |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|----|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| 신청인                                                                                                                                                                             | 보호자<br>(센터명)   |                                                                                                                                   | 생년월일<br>(사업자번호 또는 고유번호) |    | 연락처<br>(전화번호)   |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                 | 주 소<br>(센터주소)  |                                                                                                                                   |                         |    |                 |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                 | 선정요건<br>(√ 체크) | <input type="checkbox"/> 기초생활수급자 <input type="checkbox"/> 차상위계층 <input type="checkbox"/> 만65세이상 <input type="checkbox"/> 민간동물보호시설 |                         |    |                 |                                                                                |  |
| 동물정보                                                                                                                                                                            | 동물등록번호         | * 등록하지 않은 경우 등록 후 작성                                                                                                              | 품종                      |    | 성별<br>(√ 체크)    | <input type="checkbox"/> 암(♀)<br><input type="checkbox"/> 수(♂)                 |  |
|                                                                                                                                                                                 | 사육장소<br>(√ 체크) | <input type="checkbox"/> 자택(신청인 주소 동일)<br><input type="checkbox"/> 그 외 장소(주소 : )                                                  |                         |    |                 | 사육 공간(√체크)<br><input type="checkbox"/> 실외(마당 등)<br><input type="checkbox"/> 실내 |  |
|                                                                                                                                                                                 | 출생일            |                                                                                                                                   | 년 개월                    |    |                 |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                 | 체 중            | 특징(털색)                                                                                                                            | 출산경력(√ 체크)              |    | 과거 병력(질병, 진료 등) |                                                                                |  |
|                                                                                                                                                                                 | kg             |                                                                                                                                   | 있음( 회)<br>없음( )         |    |                 |                                                                                |  |
| <p>위와 같이 「농촌지역 실외사육견 중성화 수술 지원사업」을 신청합니다.</p> <p style="text-align: right;">2022년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 (서명 또는 인)</p> <p>○○시장·군수·구청장 귀하</p>                |                |                                                                                                                                   |                         |    |                 |                                                                                |  |
| <p>본인은 2022년「농촌지역 실외사육견 중성화 수술 지원사업」신청과 관련하여 대상자 개인정보의 수집·이용에 동의합니다.</p> <p style="text-align: right;">2022년 월 일</p> <p style="text-align: center;">신청인 (서명 또는 인)</p>           |                |                                                                                                                                   |                         |    |                 |                                                                                |  |
| 읍·면·동 담당자 확인<br>(신청자격 및 제출서류 확인)                                                                                                                                                |                | 직급<br>직책(직위)                                                                                                                      |                         | 성명 |                 | (서명 또는 인)                                                                      |  |
| <p><b>첨부서류:</b> 1.(개인의 경우) 동물등록증 사본, (동물보호센터인 경우 동물보호센터 지정서)<br/>           2.(해당될 경우) 기초생활수급자 또는 차상위계층 증명서, 독거노인의 경우 주민등록등본 1부,<br/>           3.기타 중성화 수술 참고자료(질병카드 등) 1부</p> |                |                                                                                                                                   |                         |    |                 |                                                                                |  |