

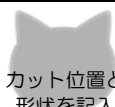
# 横浜市猫の不妊去勢手術及びマイクロチップ装着実施証明書


受付番号


※自治会、町内会はマイクロチップ装着費用の補助金交付申請はできません。

申請者	住所	〒 横浜市 区		
	フリガナ			
	氏名		電話	

個体情報

No.	申請者記入欄	区分	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫 <input type="checkbox"/> 飼い猫にする猫		
		捕獲場所（番地まで記入）	種類・毛色・柄	名前（飼い猫にする猫）	
		区			
獣医師記入欄	性別	不妊去勢手術	手術実施日	耳カット (飼い主のいない猫)	マイクロチップ装着日 (飼い猫にする猫)
	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施不能 実施済 <input type="checkbox"/> 実施不能 その他	年 月 日	右  左 カット位置と形状を記入	年 月 日

No.	申請者記入欄	区分	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫 <input type="checkbox"/> 飼い猫にする猫		
		捕獲場所（番地まで記入）	種類・毛色・柄	名前（飼い猫にする猫）	
		区			
獣医師記入欄	性別	不妊去勢手術	手術実施日	耳カット (飼い主のいない猫)	マイクロチップ装着日 (飼い猫にする猫)
	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施不能 実施済 <input type="checkbox"/> 実施不能 その他	年 月 日	右  左 カット位置と形状を記入	年 月 日

No.	申請者記入欄	区分	<input type="checkbox"/> 飼い主のいない猫 <input type="checkbox"/> 飼い猫にする猫		
		捕獲場所（番地まで記入）	種類・毛色・柄	名前（飼い猫にする猫）	
		区			
獣医師記入欄	性別	不妊去勢手術	手術実施日	耳カット (飼い主のいない猫)	マイクロチップ装着日 (飼い猫にする猫)
	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> メス	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 実施不能 実施済 <input type="checkbox"/> 実施不能 その他	年 月 日	右  左 カット位置と形状を記入	年 月 日

申請者記入内容(申請者個人情報、猫の毛色・柄、捕獲場所)を確認し、上記全ての飼い主のいない猫について不妊去勢手術(手術実施中に、既に実施済、又は形成不全等で実施不能であることが判明した場合、かつ、術後生殖が不能であると担当獣医師が判断した場合を含む)及び耳カットを実施したことを証明します。

年 月 日

動物病院名  
所在地  
獣医師氏名

本証明書での証明頭数

※証明書1通で証明できるのは3頭まで

--

頭