

令和3年度 横浜市猫の不妊去勢手術実施証明書(補助金申請用)

◎太枠内は申請者が記入の上、登録動物病院に記載してもらってください。


※鉛筆、消せるボールペン、修正液等は使用不可です(誤記は二重線で訂正)。


| |
|------|
| 受付印 |
| 受付番号 |

| | | | | |
|-----|----|-------|------|--|
| 申請者 | 住所 | 横浜市 区 | | |
| | 氏名 | | 電話番号 | |

※申請書、領収書宛名と同一氏名であること。


猫の個体情報 (太枠内申請者記入 ※NO.は、証明書の枚数にかかわらず、同時に申請するすべての猫で連番とし、申請時まで記入。)

| NO. | 毛色・柄 | 性別 | 手術実施日 | 耳カット |
|-----|--------------------------------|--|-------|--|
| | | 1 オス 2 メス | 年 月 日 |  右 左 カット位置と形状を記入 |
| | 横浜市内捕獲場所 | 不妊去勢手術 | | |
| | 区 丁目 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。 | 1 実施 2 実施不能 既に実施済(開腹・麻酔のみ) 3 実施不能 その他() | | |

| NO. | 毛色・柄 | 性別 | 手術実施日 | 耳カット |
|-----|--------------------------------|--|-------|--|
| | | 1 オス 2 メス | 年 月 日 |  右 左 カット位置と形状を記入 |
| | 横浜市内捕獲場所 | 不妊去勢手術 | | |
| | 区 丁目 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。 | 1 実施 2 実施不能 既に実施済(開腹・麻酔のみ) 3 実施不能 その他() | | |

| NO. | 毛色・柄 | 性別 | 手術実施日 | 耳カット |
|-----|--------------------------------|--|-------|--|
| | | 1 オス 2 メス | 年 月 日 |  右 左 カット位置と形状を記入 |
| | 横浜市内捕獲場所 | 不妊去勢手術 | | |
| | 区 丁目 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。 | 1 実施 2 実施不能 既に実施済(開腹・麻酔のみ) 3 実施不能 その他() | | |

| NO. | 毛色・柄 | 性別 | 手術実施日 | 耳カット |
|-----|--------------------------------|--|-------|--|
| | | 1 オス 2 メス | 年 月 日 |  右 左 カット位置と形状を記入 |
| | 横浜市内捕獲場所 | 不妊去勢手術 | | |
| | 区 丁目 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。 | 1 実施 2 実施不能 既に実施済(開腹・麻酔のみ) 3 実施不能 その他() | | |

| NO. | 毛色・柄 | 性別 | 手術実施日 | 耳カット |
|-----|--------------------------------|--|-------|--|
| | | 1 オス 2 メス | 年 月 日 |  右 左 カット位置と形状を記入 |
| | 横浜市内捕獲場所 | 不妊去勢手術 | | |
| | 区 丁目 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。 | 1 実施 2 実施不能 既に実施済(開腹・麻酔のみ) 3 実施不能 その他() | | |

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: 頭

※証明書1通で証明できるのは5頭まで。

◎申請者は、本証明書(原本)を申請書に添付してください。