

# 令和4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 カット位置と形状を記入 左
	横浜市内捕獲場所	不妊去勢手術		
	区 丁目	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( )		
※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。				

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 カット位置と形状を記入 左
	横浜市内捕獲場所	不妊去勢手術		
	区 丁目	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( )		
※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。				

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 カット位置と形状を記入 左
	横浜市内捕獲場所	不妊去勢手術		
	区 丁目	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( )		
※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。				

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 カット位置と形状を記入 左
	横浜市内捕獲場所	不妊去勢手術		
	区 丁目	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( )		
※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。				

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 カット位置と形状を記入 左
	横浜市内捕獲場所	不妊去勢手術		
	区 丁目	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( )		
※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。				

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: <input style="width: 50px; height: 30px;" type="text"/> 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。