

横浜市猫の不妊去勢手術実施証明書（補助金申請用）


受付番号


◎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）。


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 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。	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（ ）		

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 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。	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（ ）		

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 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。	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（ ）		

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 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。	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（ ）		

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 ※区名・町名だけでなく、丁目・地番まで記入。	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（ ）		

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。