	川崎市猫	日マフィトダエ	(ム为) -	1 111 1111-52 75		H11 1			
				申請	日	年	月		日
申 請 者	住所	川崎市		区					
	氏 名				電話				
	1 申請者が所有し、市内で飼養管理する猫								
※1又は2にO	2 申請者	2 申請者が市内で責任を持って世話している所有者の判明しない猫							
手術の内容 ※1又は2に0		1 不 妊 (メス) 2 去 勢 (オス)							
猫の種類	[例:刹	1種・マンチカ	ン等]	猫の呼び名	7	[例:たま	・ミケちゃ	•ん等]	
猫の年齢		歳	ケ月	猫の毛色		[例:茶ト	・ラ・グレ	一 等]	
	金融機関名					銀行信用組合	2 信用 4 (金庫)
					2 支店 4()	店番号	를	
	支店名								
補助金振込先	支店名 預金種目	1 普通	2 当	图 3 貯蓄	口座	番号			
補助金振込先		1 普通	2 当座	3 貯蓄	口座	番号			
補助金振込先 猫の不妊 (去勢)	預金種目 口座名義 カナ						(去勢)	手術実	施
猫の不妊 (去勢) 正明書を添えて申記	預金種目 口座名義 カナ 手術補助会 青します。	金の交付を	受けたいの				(去勢)	手術実	施
猫の不妊 (去勢) 正明書を添えて申記 なお、申請にあれ	預金種目 口座名義 力ナ 手術補助会 青します。	金の交付を事項を誓約	受けたいの	ので、別紙の	川崎市猫	苗の不妊			
猫の不妊(去勢) 正明書を添えて申記 なお、申請にあた 手術実施にあたり	預金種目 口座名義 おおます。 たり、施術及で	金の交付を事項を誓約びこれに関	受けたい ^の します。 して生じが	ので、別紙のと問題につい	川崎市猫	苗の不妊			
猫の不妊(去勢) 正明書を添えて申記 なお、申請にあた 手術実施にあたり	預金種目 口座名義 おおます。 たり、施術及で	金の交付を事項を誓約びこれに関	受けたい ^の します。 して生じが	ので、別紙のと問題につい	川崎市猫	苗の不妊		るもの	とし
猫の不妊 (去勢) 正明書を添えて申記 なお、申請にあれ	預金種目 口座名 表 またい 横 またい で で で で で で で で で で で で で で で で で で で	金の交付を事項を誓約びこれに関の請求を行	受けたいる します。 して生じたいません。 なり次第編	ので、別紙のと問題につい	川崎市猫っては、当	前の不妊 4事者間で (宛先) 卸了承く	で解決す) 川 ↓ ださい。	るもの	とし、長

証、住民票等1点(※有効期限があるものは期限内のものに限る。写しの提出に

添付 補助金振込先金融機関の通帳等の写し(通帳の表紙の裏側部分等、口座名義人の<u>ふ</u>りがな、<u>口座番号</u>等が確認できるもの、口座名義人は申請者と<u>同一</u>であること。)

は、申請者の氏名及び住所記載面のコピー要。)

(申請者→区役所衛生課→健康福祉局)

提示又は

写しの添付

第3号様式の2

川崎市猫	の不妊(去勢)手	術補助金	≿交付申請 申請	小 事(区 日			B	
申 請 者	住 所	川崎市		区		<u>'</u>			
	氏 名				電話	i			
対 象 ※1又は2に0	1 申請者が所有し、市内で飼養管理する猫2 申請者が市内で責任を持って世話している所有者の判明しない猫								
手術の内容 ※1又は2にO	1 不 妊 (メス) 2 去 勢 (オス)								
猫の種類	[例:雑	種・マンチ	カン等]	猫の呼び名	[例:たま・ミケちゃん等]				
猫の年齢		歳	ヶ月	猫の毛色	[例:茶トラ・グレー等]				
補助金振込先	金融機関名				1 3	銀行 信用組合	2 信用金庫 4()	
	支店名				2 支店 L()	店番号		
	預金種目	1 普通	2 当座	图 3 貯蓄	口區	区番号			
	口座名義カナ								

猫の不妊(去勢)手術補助金の交付を受けたいので、別紙の川崎市猫の不妊(去勢)手術実施 証明書を添えて申請します。

(宛先) 川 崎 市 長

	川崎	市猫の	不妊(去勢	分)手術実施	証明書		
申請者	住 所 川崎市 区							
	氏 名					電話		
対 象	1 申請者が所有し、市内で飼養管理する猫							
※1又は2にO	2 申請者	が市内で	で責任を	·持っ	て世話してい	る所有者の判	明しない猫	
手術の内容 ※1又は2に0		1	不好	£ ()	メス) 2	去勢(ス	ナス)	
猫の種類	[例:雑種・マンチカン等]				猫の呼び名	「の呼び名 「例:たま・ミケちゃん等]		
猫の年齢		ケ)	ヶ月 猫		[例:茶	ミトラ・グレー等]		
上記のとおり		年	月	ļ	日に手術を実	施したことを	を証明します。	
年	月	日	施	設	名			
			所	在	地	市	区	
			指定	獣医	医師名			
指定獣医師の先生 太枠欄に内容が記	E方へ B載されてい	いること	を御確	認の.	上、証明いた	だきますよう	お願いいたします	

(申請者→指定獣医師→申請者→区役所衛生課→健康福祉局)