

川崎市猫の不妊（去勢）手術等実施証明書

領収書の宛名の氏名と一致すること

申請者 ※対象3の場合は グループ代表者	住所	川崎市	中原区	小杉町		
	フリガナ	ナカハラ ハナコ				
	氏名	中原 花子				電話

対象 ※1・2・3 いずれかに○	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をしている所有者の判明しない猫					
	3 川崎市地域猫活動サポーター登録要綱第4条第1項第2号又は第6条第1項第2号に規定する地域猫活動の対象猫					
性別 ※1又は2に○	1 メス		2 オス			
猫の種類	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]		

手術内容・性別に誤りがないか

猫を区別するため必ず記載されていること

以下、指定獣医師記入欄

手術不要猫の処置については、飼い猫は補助対象ではありません

指定獣医師記入欄	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 注：上段太枠内の「対象1」は手術未実施の場合の補助対象ではありません。現に繁殖不能であると判断した理由（次のいずれかに○） 1 既に手術実施済 2 医学的理由（形成不全等） 3 その他（					
手術の実施区分						
耳先カットの実施状況 (対象2・3のみ)	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 (上段太枠内の「対象2」で、手術又は処置後に飼い猫にする場合や譲渡予定の場合)					
手術又は処置実施日	手術を行った日を記載		年	月	日	
証明日	本証明書を記載した日を記載		年	月	日	
施設名						
所在地						
指定獣医師名	協力獣医師として市に指定されている獣医師以外が手術を実施した場合、補助金は交付できません					

該当する項目にチェック等
必要事項を記載

耳先カットを要しないのは飼い猫にする場合及び譲渡する場合です

※ 指定獣医師の先生方へ
上段太枠欄に内容が記載されていることを御確認の上、指定獣医師記入欄に記入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)