第４号様式

川崎市猫の不妊（去勢）手術等実施証明書

申　請　者 ※ 対象３の場合は グループ代表者	住　所	川崎市　　区		
	フリガナ		電話	
	氏　名			

対　　象 ※１・２・３ いずれかに〇	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に〇	１　メス　　２　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］

以下、指定獣医師記入欄

手術の 実施区分	□　実施 □　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（次のいずれかに〇） １ 既に手術実施済　　２ 医学的理由(形成不全等)　３ その他（　　）
耳先カットの 実施状況 （対象２・３のみ）	□　実施 □　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	年　　月　　日
証明日	年　　月　　日
施設名	
所在地	
指定獣医師名	

※ 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）

川崎市　　区役所衛生課　第　　号